



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Ciencias Sociales

Unidad de Posgrado

**Atención en salud sexual y reproductiva. - ¿Por qué
hay mujeres que se atienden con mujeres (2014)?**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Política Social con
mención en Género, Población y Desarrollo

AUTOR

Carmen María RUIZ CONTRERAS

ASESOR

RA. María Emma MANNARELLI CAVAGNARI

Lima, Perú

2021



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Ruiz, C. (2021). *Atención en salud sexual y reproductiva. - ¿Por qué hay mujeres que se atienden con mujeres (2014)?*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	CARMEN MARÍA RUIZ CONTRERAS
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08115971
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2462-4486
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	MARÍA EMMA MANNARELLI CAVAGNARI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08224795
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-5192-8253
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	ANGÉLICA VALENTINA MOTTA OCHOA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06810168
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	CARMEN JUANA YON LEAU
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07747477
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	ENRIQUE MARINO JARAMILLO GARCÍA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07224140

Datos de investigación	
Línea de investigación	E.4.7.1. POLÍTICAS DE SALUD
Grupo de investigación	NO APLICA
Agencia de financiamiento	SIN FINANCIAMIENTO.
Ubicación geográfica de la investigación	PAÍS: PERÚ DEPARTAMENTO: LIMA PROVINCIA: LIMA DISTRITO: INDEPENDENCIA URBANIZACIÓN: TAHUANTINSUYO Latitud: -11.9969, Longitud: -77.0544
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2014
URL de disciplinas OCDE	INTERDISCIPLINARIEDAD https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.09.01 OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02 POLÍTICAS DE SALUD, SERVICIOS DE SALUD https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.02



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIDAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En Lima, a los veintiséis días del mes de febrero del año dos mil veintiuno, mediante sustentación virtual a cargo de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor San Marcos, a horas 14: pm.; bajo la presidencia de la Dra. Angélica Motta Ochoa y con la concurrencia de los demás miembros del Jurado de Tesis, se inició la ceremonia invitando a la graduanda **CARMEN MARÍA RUIZ CONTRERAS**, para que expusiera la Tesis con el objetivo de optar el Grado Académico de Magister en Política Social mención en Género, Población y Desarrollo, titulada:

«ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. - ¿PORQUÉ HAY MUJERES QUE SE ATIENDEN CON MUJERES? (2014)»

A continuación, fue sometida a las objeciones del Jurado. Terminando esta prueba y, verificada la votación, se consignó la calificación correspondiente a:

B MUY BUENO – 17 -

Por tanto, el Jurado, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, acordó recomendar a la Facultad de Ciencias Sociales para que proponga que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos otorgue el Grado Académico de Magister en Política Social mención en Género, Población y Desarrollo a la Bachiller **RUIZ CONTRERAS, CARMEN MARÍA**. Siendo las 15:20 pm y para constancia se dispuso se extendiera la presente Acta:

Dra. Carmen Juana Yon Leau
MIEMBRO

Dr. Enrique Marino Jaramillo García
MIEMBRO

Dra. María Emma Mannarelli Cavagnari
ASESORA

Dra. Angélica Motta Ochoa
PRESIDENTA

Dr. JORGE ELÍAS TERCERO SILVA SIFUENTES
Director

PABELLÓN JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI – CIUDAD UNIVERSITARIA

Teléfono: 6197000 Anexo 4003. Lima – Perú.

Correo: upg.sociales@unmsm.edu.pe, upgss@yahoo.es

Web: <http://sociales.unmsm.edu.pe/>

DEDICATORIA:

A DIOS, MI ÚNICO, VERDADERO Y
PERFECTO PADRE

“El nivel de civilización al que han llegado diversas sociedades humanas, está en proporción a la independencia que han gozado las mujeres”.

FLORA TRISTÁN (1838)

A Bárbara Milagros Ruiz, amada sobrina.

In Memoriam.

AGRADECIMIENTOS:

A María Emma Mannarelli, por su ánimo y apoyo a seguir mis propias ideas y disertaciones durante las conversaciones que sostuve con ella.

A Lita Vargas, por su disposición y colaboración; a la serena energía de su amistad.

A Carmen Yon, por los planteamientos expuestos en la entrevista que sirvieron para facilitar la elaboración de este documento.

A todas las maravillosas mujeres que participaron con sus testimonios, sus experiencias de vida, sus comentarios; quienes con su perspectiva y decisión son la fuente inagotable de esta creación.

INDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN	08
1. Tema de Investigación	09
2. Planteamiento del Problema	09
3. Justificación	11
CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL	12
1. Estado del Arte	12
2. Políticas Públicas	16
3. Escenario: Espacio social y geográfico	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	25
1. Las Representaciones Sociales de las Usuarías sobre el/la Proveedor/a de Salud	25
2. El Cuerpo Femenino	26
3. Preferencias de Atención de las Usuarías: Relación Proveedor/a de Salud-Usuaría	27
4. Elementos de la Relación Proveedor/a de Salud–Usuaría que influyen en las Preferencias de las Usuarías	29
5. Ser Mujer y el Ejercicio del Poder	30
6. Agencia Femenina	32
CAPÍTULO III: ASPECTOS METODOLÓGICOS	34
1. Carácter de la Investigación	34
2. Objetivos del Estudio	34
2.1 Objetivos Generales	34
2.2 Objetivos Específicos	34
2.3 Definición Operacional de Variables	34
2.4 Indicadores	35
3. Diseño Muestral	37
3.1 Universo	37
3.2 Muestra	37
3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión de la Muestra	37
4. Realización de las Entrevistas	38
5. Metodología	39
6. Técnica de Recojo de Información.	40
7. Pertinencia de la Técnica para el presente estudio .	40
8. Instrumento	41
9. Aspectos Éticos considerados en el Estudio	41
CAPÍTULO IV: PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	43
1. Plan de Análisis	43
2. Categorías y Subcategorías de Análisis	43
3. Discusión Metodológica	44
4. Análisis de las Entrevistas Realizadas.	45

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	130
Conclusiones	130
Recomendaciones	132
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134

INTRODUCCIÓN.

A lo largo de la historia de la humanidad, el ser mujer ha sido asociado con la función reproductora y/o materna dentro de un destino invariable e inevitable. En el Perú, la mujer, más aún la del sector urbano popular, asume la realización de la maternidad cual fundamento natural de su propia representación de ser mujer en la sociedad. Por lo que en la realización de las diferentes actividades y múltiples sectores en los que se desenvuelven actualmente, muchas mujeres se iniciaron desde la infancia con el cuidado y la atención de los hermanos menores.

El conocimiento de su cuerpo y de su sexualidad en un contexto de reproducción, les ha impedido elaborar un proyecto de vida personal. Pues en su entorno social, la maternidad y la sexualidad, han sido asumidas como una sola realidad (Cordero 1997). La única realidad que no debiera dejarse de realizar por la mujer. No como una de varias realidades alternativas y posibles.

Al respecto, la noción esencial para Chodorow¹ es que las mujeres establecen una personalidad en función de el/la otro/a y los hombres no; por lo que la maternidad hace que su ser femenino exista por su relación con otro/a. En ese orden, las representaciones sociales de las mujeres al ser reguladas por las relaciones de género de una sociedad patriarcal, invitan según Gilligan¹ al análisis desde los discursos de las mismas mujeres en sus propias palabras.

De ahí que la sexualidad de las mujeres se contempla vivida sin libertad, autonomía y autoconciencia, revelando las pautas más acendradas del conservadurismo y de las representaciones sociales sobre el ser hombre y el ser mujer que existen en la sociedad; ya que se ubican favorablemente a los intereses de las políticas poblacionales, no cuestionan los modelos de salud, no evidencian atropellos, no revelan el esquematismo masculino, no enuncian cambios, no transforman conductas (Cotidiano Mujer 1997).

Al respecto, el ministerio de salud del Perú (MINSA Perú), es bastante elocuente a través de la vigente Norma Técnica de Planificación Familiar 2016. En la cual, si bien se expone que las decisiones en estos ámbitos corresponden en última instancia a los individuos, no obstante la historia nos ha demostrado la relevancia de la intervención del Estado y de diversos actores públicos en su regulación. Y esta perspectiva, en concederles una vida y una sexualidad dirigidas por factores y determinantes ajenas a ellas, reforzaría una capacidad de elección sin ejercicio autónomo de la misma; un derecho a elegir sin espacios reales para expresarlo; un querer y deber elegir junto a la ausencia de oportunidad de poder realizarlo. Que, de igual modo, poseen en forma inherente todo un proceso de aprendizaje hacia la autonomía en la toma de decisiones por parte de las usuarias. Pues este proceso, no solamente está en relación a una mayor participación de la mujer en la toma de decisiones y el acceso al poder, sino que la introduce en la toma de conciencia del poder que en forma individual y grupal revelan las mujeres, como fundamento de la reivindicación de la propia dignidad femenina como ser humano (Movimientos de Género 2012).

De ahí que el acudir a un establecimiento de salud para atención en salud sexual y

¹En Blondet C. y Oliart P. Las mujeres y el género. Lima, Perú. 2017.
(http://www.academia.edu/8023021/Las_mujeres_y_el_g%C3%A9nero)

reproductiva, sin tener un sistema de servicios de salud, que garantice en lo mínimo el ejercicio del derecho a elegir ser atendida por un hombre o una mujer proveedor/a de salud sexual y reproductiva, evidencia políticas poblacionales y modelos sanitarios de turno que han sido diseñados precisamente sin ser dirigidos a un hombre o a una mujer sujeto de atención^{2,3}. Pues este tipo de atención, al involucrar el acceso a un ámbito tan privado para todo ser humano, que en este caso es el cuerpo de la mujer y sus diferentes connotaciones, se constituye en un ámbito de intervención por parte del Estado y otras instancias de control sobre el cuerpo femenino. Que siendo el espacio privado de la mujer, es por cuestiones de género, manejado cual espacio público depositario del control de la natalidad y vulnerado respecto a su poseedora de hecho y por derecho.

En tal sentido, el adentrarnos en las representaciones sociales de las mujeres, permitirá analizar tales representaciones sociales, y su difusión e internalización en ellas mismas, no como una mera información más o una de varias alternativas de vida, sino como un estilo de vida que por las relaciones de género, ha sido incorporado y aplicado en el *modus operandi* cotidiano; de tal forma que en el caso de estar presente, no siempre se hace evidente en los diferentes entornos en que se desenvuelven las mujeres.

Asimismo, el explorar las representaciones sociales que tienen las mujeres usuarias sobre el/la proveedor/a de salud, favorecerá el análisis de los elementos que estarían determinando las preferencias de las usuarias, en ser atendidas por un hombre o una mujer profesional de salud, durante su atención en Salud Sexual y Reproductiva (SSR).

1. TEMA DE INVESTIGACIÓN.

El tema de investigación se ubica en la atención en salud sexual y reproductiva para mujeres, situándose a nivel de la relación proveedor/a-usuaria para explorar lo que lleva a las mujeres a escoger profesionales de su mismo sexo/género que se atienden con mujeres. Para ello se identificarán los criterios explícitos e implícitos que influyen y/o determinan tal elección.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La atención de la salud sexual y reproductiva, al involucrar la sexualidad y la reproducción de mujeres y hombres, determina el derecho de obtener servicios de salud apropiados e inherentes a la dignidad humana. Al respecto, UNFPA Perú (2011) señala que “la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”. De ahí que le corresponde integrar otros

²Fascioli, A.: “Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Carol Gilligan”, en *Revista ACTIO* N° 12 – diciembre 2010. (<http://actio.fhuce.edu.uy/Textos/12/Fascioli12.pdf>).

³Gilligan, C.: Desarrollo moral: La teoría de Carol Gilligan. (http://ficus.pntic.mec.es/~cprf0002/nos_hace/desarrol4.html)

aspectos como: Información, educación, comunicación, orientación, consejería, asesoramiento y demás atenciones en sus diferentes servicios, como en el caso de la planificación familiar. Más aún, los servicios de salud sexual y reproductiva, pueden ser y llegar a ser identificados como particularmente asequibles a los requerimientos de la mujer usuaria, y su situación personal con frecuencia matizada por restricciones e inhabilidades. E incluso, reconocidos por sus prestaciones y prestadores de salud, con particular énfasis en las atenciones por violencia sexual, infecciones de transmisión sexual, emergencias obstétricas, etc.

En este orden, el establecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva para atender las demandas de las mujeres usuarias, debería comprender el ingreso de la participación activa de la perspectiva femenina y el rol cogestor de salud de la mujer usuaria en su propio proceso de atención.

De este modo, a los gobiernos de turno y demás organizaciones, les corresponde establecer las políticas y los lineamientos pertinentes que aseguren la inclusión de la mujer usuaria en relación a la dirección, la planificación, la adopción de decisiones, la gestión, la ejecución, la organización y la evaluación de los servicios⁴. A través de la incorporación de sus representaciones sociales sobre la salud y las/los proveedoras/es de salud en todos los niveles de atención del sistema de servicios de salud.

Pues implica el derecho de las mujeres usuarias a efectuar decisiones correspondientes a su salud sexual y reproductiva sin óbice alguno que conlleven a experimentar coerción, coacción, discriminación y/o violencia, en concordancia con lo que estipulan las diferentes declaraciones y tratados sobre derechos humanos⁴. Decisiones que si bien van a tener repercusiones directas sobre el cuerpo, la salud y la vida de la mujer usuaria, también tienen efectos sobre la pareja, la familia y la comunidad. Y por ello, en la calidad de vida de la población así como en el desarrollo de la nación.

En ese sentido, el análisis de las representaciones sociales de las usuarias sobre el/la proveedor/a de salud, favorece el reconocimiento de que realmente se lleva a cabo el ejercicio responsable de esos derechos. Pues tales derechos deben ser el fundamento principal de las políticas y estrategias, públicas y sociales, dentro de la salud sexual y reproductiva.

Y este reconocimiento, permite la aproximación desde la perspectiva de la usuaria, a efectos de determinar el desarrollo de atenciones de respeto mutuo y equidad; que promueven, realizan y fomentan el empoderamiento en el ejercicio de estos derechos, a nivel de la relación con la mujer proveedora de salud y/o el hombre proveedor de salud.

Más aún, al propiciar la identificación de las representaciones sociales más allegadas y coherentes al hecho de permitirles participar y decidir de manera libre y responsable en el contexto de sus facultades como ser humano, conlleva a la identificación de las representaciones sociales sobre el hombre proveedor de salud y/o la mujer proveedora

⁴UNFPA Perú. *Cooperación Internacional. Programa de Acción: Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva*. 2011. (<http://www.unfpa.org.pe/cipd/programa/coopinternacional.htm>)

de salud, que pueden estar implícitas y explícitas dentro de las preferencias de atención de las usuarias por la mujer proveedora de salud y/o el hombre proveedor de salud.

Por tanto, el planteamiento del problema de esta investigación, está dirigido a analizar en la atención en salud sexual y reproductiva, qué representaciones sociales existen en la preferencia de la mujer usuaria a ser atendida por un hombre o por una mujer profesional.

3. JUSTIFICACIÓN.

El proceso de socialización de las personas, que favorece de forma diferenciada las motivaciones de las mujeres y de los hombres; hacia la selección de determinadas actividades, ocupaciones y funciones, atenciones, consideradas afines con las representaciones sociales que definen culturalmente el propio sexo, justifica la pertinencia de esta investigación.

A tal efecto, el análisis de las representaciones sociales que estarían determinando las preferencias de las usuarias en ser atendidas por un hombre proveedor de salud o una mujer proveedora de salud, busca identificar cómo estas representaciones tienen efecto o no sobre la atención en salud sexual y reproductiva, mediante los elementos de la relación proveedor/a-usuaria que se instauran; enfatizando el establecimiento de un vínculo de confianza que involucre a el/la proveedor/a de salud, pero también al ser humano con la usuaria, dada la importancia otorgada a la relación humana por las propias usuarias.

En ese sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS 1993) al señalar que las representaciones sociales⁵ de las mujeres influyen, tanto en el sistema formal de atención como en el cuidado de la salud a nivel del individuo, la familia y de la comunidad, fundamenta el análisis de la relación que existe entre las representaciones sociales y sus opciones de atención con respecto al sexo de el/la proveedor/a de salud.

Al respecto, la incorporación del enfoque de género como categoría de análisis, favorecerá una nueva perspectiva sobre el acceso y la atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSSR) que reciben las mujeres; revelando la existencia o ausencia de relaciones proveedor/a de salud-usuaria más equitativas. Que permitan o no, el compartir de las responsabilidades y los derechos por el/la proveedor/a de salud y la usuaria, donde el ejercicio profesional esté basado en un absoluto respeto y fomento a las decisiones sobre el cuerpo, la salud y la vida, por parte de las usuarias.

Desde esta perspectiva, la incorporación del enfoque de género en la presente investigación conllevará a que ésta como estudio contribuya en la profundización del análisis de la actual posición de las usuarias: Como mujeres, en sus vidas de parejas y en la sociedad; hacia un proceso creciente de igual valoración de lo femenino y lo masculino. Y en ese sentido, “elevar el valor social y económico de las mujeres y de las niñas en relación con la familia, la comunidad y el desarrollo”. Declaración de Ámsterdam 1989 (Family Care International 1995).

⁵La Organización Panamericana de Salud (OPS 1993),

CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL

1. ESTADO DEL ARTE.

REPRESENTACIONES SOCIALES.

Las representaciones sociales permiten interpretar lo que nos sucede pues tienen que ver con las imágenes que condensan un conjunto de significados. Son sistemas de referencia que generan categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos (Jodelet, 1984).

Son reacciones individuales frente a un dato externo relacionado directamente con un comportamiento también de tipo individual. Es decir, la resultante de un área donde se encuentran confundándose lo privado y lo público, lo individual y lo social, en un fenómeno más vasto que determina un marco general de acciones y comportamientos, donde las opiniones y las actitudes son reflejos parciales de una representación social a nivel individual (Rodó, 1994).

Hacia una mejor apreciación de tales procesos, las representaciones sociales también aluden a la forma como han sido generadas, a su construcción, involucrando los contenidos o significados del objeto representado. La representación social lo es de algo y de alguien, es una interpretación del sujeto inserto en un contexto determinado y constituye una simbolización del objeto representado (Pulido e Hidalgo, 1999).

Sobre la comprensión de estos aspectos, De León (2002) refiere que la noción de representaciones sociales, permitirá involucrar todos estos elementos de lo social y cultural; al facilitar el ingreso hacia diferentes ámbitos (lenguaje, pensamiento, conducta) que no funcionan de manera independiente, y que construyen la realidad social, conformados por las diferentes interacciones e interdependencias.

En ese sentido, el adentrarnos en las representaciones sociales sobre el/la proveedor/a de salud que estarían determinando las preferencias de las usuarias en ser atendidos por un hombre o por una mujer de tales servicios, lleva consigo el indagar en las experiencias de las usuarias dentro de la relación proveedor/a-usuaria que se establece; en los elementos de esta interacción que influyen en las preferencias de las usuarias en ser atendidas por un hombre o por una mujer, en un determinado espacio social (Bourdieu, 2005), como por ejemplo, un espacio de salud.

RELACIÓN PROVEEDOR/A-USUARIA.

Las usuarias tienen una noción sobre su salud pero con diferentes niveles de conciencia, sabiendo lo que quieren y lo que corresponde obtener en un servicio de salud, ya sea en trato o en tratamiento. Su satisfacción se relaciona con las oportunidades de interacción con el/la proveedor/a de salud y/o a nivel socio-emocional (rapport), con ellos/as; así como con los juicios de valor, sobre la competencia técnico profesional de el/la proveedor/a y la accesibilidad de elementos visibles para el logro del tratamiento (Alva y Vargas, 1997).

Cada interacción entre un/a proveedor/a de salud y una usuaria es diferente, considerando como criterio básico de esta relación, la satisfacción de las necesidades e intereses de las mujeres (Guezmes y Vargas, 1998). Asimismo, la interacción proveedor/a-usuaria como relación interpersonal que incluye la comunicación socio-emocional, está basada en la igualdad entre proveedor/a-usuaria, cambiando el área de dependencia hacia el control de la salud sexual y reproductiva por la usuaria como sujeto de derecho. (CONSORCIO MUJER 1998).

Tanto los y las usuarios/as como el personal de salud tienen conocimientos del otro/a en forma progresiva, y que en muchos casos no manifiestan un conocimiento directo de la persona sino de la función que cumple en una determinada situación (Valverde 1998). En este caso, la identificación de los diferentes elementos que se producen en la relación proveedor/a-usuaria: Percepción de que sus demandas son acogidas o no, capacidad resolutoria, reciprocidad, agencia, entre otros; permitirá:

1° Acceder al interior de esta relación donde se encuentran, conversan y compiten distintos tipos de conocimientos, experiencias, valoraciones y, más ampliamente, diferentes visiones sobre el proceso salud-enfermedad.

2° Dar atención a la relación proveedor/a-usuaria y reconocer su importancia dentro de políticas o programas de salud partiendo de supuestos fundados.

La trascendencia de otros elementos como: Trato, información, confianza, empatía, intercambio de opiniones, toma de decisiones, etc. se hace evidente dentro de la relación proveedor/a-usuaria en la medida que la presencia de tales elementos favorezcan en el/la proveedor/a de salud actitudes que colaboren para instalar en las usuarias el paradigma de la mujer conocedora de su cuerpo, de su sexualidad, con capacidad y ejercicio de control y autocontrol, con la posibilidad de la incorporación de prácticas preventivas de su salud en general y de su capacidad reproductiva en particular; en la medida que tales actitudes contribuyan o no para determinar en las usuarias la preferencia por un hombre o por una mujer en la atención en salud sexual y reproductiva (Checa, Argentina 1998).

Al respecto, se hace referencia al trato y al brindar información, dentro de estos elementos de la relación proveedor/a-usuaria, durante la atención de los programas de planificación familiar y el proveer una selección mayor de métodos anticonceptivos (Pantelides y Both, América Latina 2000).

Asimismo, las mujeres usuarias manifiestan un alto nivel de valoración del respeto a su intimidad y privacidad, por parte de el/la proveedor/a de salud. En ese sentido, si bien es cierto que las usuarias reconocen y señalan, la presencia del experimentar vergüenza al darse la situación de abordar y consultar sobre aspectos que tienen que ver con la sexualidad y la reproducción del ser femenino. Y, que a la vez, involucren la exposición visual así como el examen físico manual de sus áreas genitales externas e internas, consideradas “zonas íntimas” por las usuarias. No obstante, la vergüenza sucede, en forma concreta, en el caso de los hombres proveedores de salud: “Ellas expresan sentir vergüenza frente a la posibilidad de tener que tratar temas relacionados a su sexualidad y a los procesos reproductivos que ocurren en sus cuerpos, así como a que las vean o toquen “sus partes”, particularmente cuando se trata de médicos varones”. (Yon, 2000).

En este orden, las usuarias no solamente pueden experimentar e identificar diferentes maneras de agresión a través del sentido de vergüenza; sino que evidencia el ineludible hecho de que tanto el/la proveedor/a de salud como la usuaria puedan tener nociones, representaciones, conocimientos, vivencias, etc. desde las más dispares hasta las más similares, sobre el cuerpo femenino, la vergüenza y los comportamientos en relación a la salud sexual y reproductiva, de mujeres y hombres, de la familia y la comunidad: “....Las mujeres adultas se resisten a ser atendidas, por lo menos de determinadas formas (con tocamiento, con mirada directa) por personal masculino”. (Anderson, 2000).

Mientras que la realización del pago de tarifas, la compra de medicamentos, deben conllevar un balance con las economías deprimidas e inestables de las usuarias a la vez que deben aplicarse en términos de equidad (Anderson, Perú 2001). En la relación proveedor/a-usuaria, la equidad será ejercida por lo que ellas/os dan, la equidad entre usuarias y proveedoras/es hacia un real intercambio y reparto de poder en la atención en salud sexual y reproductiva.

PERSPECTIVA DE GÉNERO.

Todas las sociedades en su organización, han considerado como un fundamento importante, las diferencias sexuales entre hombres y mujeres. Y sobre estas diferencias se construyó un cúmulo de atribuciones, roles, derechos, obligaciones, etc. que dirigen la reproducción, la producción, la toma de decisiones, así como sus intercambios e interacciones.⁶

En ese sentido, la perspectiva de género es la categoría de análisis que examina “las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan”; pues “todas estas cuestiones influyen en el logro de las metas, las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales y por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad” (FAO 2018)

Asimismo, “analiza los significados, prácticas, símbolos, representaciones, instituciones y normas que las sociedades y los grupos humanos elaboran a partir de la diferencia biológica entre mujeres y hombres”. De ahí que, “este enfoque pone de manifiesto las jerarquías de género expresadas en una desigual valoración de lo femenino y lo masculino y en una desigual distribución del poder entre mujeres y hombres”⁶, pues la construcción de los roles de género se inicia en la infancia y prosigue en cada uno de los espacios sociales por los que transitan mujeres y hombres a lo largo de su vida.

Al respecto, María Emma Mannarelli (2007) afirma que los derechos relativos a niños y mujeres llevan consigo una tendencia a la diferenciación; es decir, implican una serie de regulaciones dentro del universo familiar y, a su vez, en la esfera pública que la distingue al uno del otro. La madre deja de ser tal para convertirse en ciudadana, deja de ser la mujer de alguien para adquirir derechos propios. La adquisición de derechos ciudadanos

⁶CMP Flora Tristán. “Marco conceptual del enfoque de género”, en: *Apuntes sobre el enfoque de género*. Lima 2000.

crea una tensión con las funciones reproductivas y sexuales difícil de desentrañar: "...hay una esfera del ejercicio de los derechos que exige una radical separación, un alejamiento de la estructura del parentesco; esto demanda un desarrollo público administrativo. Por otro, las funciones reproductivas exigen una intervención estatal en dos direcciones. La primera: recortando desde fuera de los contornos domésticos el poder masculino; y la segunda, exigida por la anterior: la inversión en recursos burocráticos para atender institucionalmente las demandas de la reproducción y la crianza. De esto tienden a desentenderse los Estados, sobre todo cuando se trata de demandas planteadas únicamente por mujeres que han optado por la crianza de manera autónoma. Si bien no es el caso del Perú, ya que las madres solteras no suelen ser tales por decisión personal, sino por razones que más tienen que ver con la deserción paterna y la poca presión pública sobre el ejercicio sexual masculino, el Estado tampoco despliega recursos institucionales para cuidar y educar a niñas y niños nacidos en hogares encabezados por mujeres. Este es un problema que si bien ha atravesado toda nuestra historia, poco se ha destinado a analizarlo. [...]. Mujeres y niños en esta historia han confluído en tradiciones marcadas por la autoridad y el tutelaje, la patria potestad y su evolución ha encarnado los vínculos jerárquicos y de subordinaciones que estos grupos han experimentado. Es importante preguntarse cómo se han proyectado estos rasgos durante el siglo XX y cómo esto ha influido en relación a la violencia y la sexualidad, teniendo en cuenta la gravitación de la racionalidad doméstica y la clasificación jerárquica".

Dicho lo anterior, las diferencias genéricas son construidas a través de un complejo proceso en el que intervienen las disposiciones, las normas y los valores que en cada sociedad establecen cuáles son los comportamientos adecuados y las relaciones apropiadas entre mujeres y hombres (Guzmán y Portocarrero, 1992).

Bajo este contexto, la perspectiva de género, permitirá el análisis de las representaciones sociales que estarían determinando las preferencias de las usuarias en ser atendidas por un hombre o una mujer; al identificar asimismo, cómo estas representaciones sociales son mediadas o no por la atención en salud sexual y reproductiva, a través de la relación proveedor/a-usuaria que se establece. Esto es, la exploración acerca de cómo las diferencias de género se transforman o no en desigualdades al interior de las relaciones sociales jerarquizadas, en las cuales un polo detenta poder, reconocimiento social y ejerce el dominio sobre otro. En este sentido, ninguna relación de dominio implica la sujeción total del otro/a; siempre suscita la resistencia, pasiva o activa, consciente o no consciente de el/la oprimido/a. El poder no es así un atributo, una posición a la que se accede, sino una relación social que se construye, se reproduce y transforma a diferentes niveles: Materiales, afectivos y simbólicos (Guzmán y Portocarrero 1992).

En ese orden, considerar a la perspectiva de género como categoría de análisis al valorar los datos de una población, posibilita un nuevo enfoque al estudio epidemiológico y aproxima a la comprensión de las situaciones del diario vivir que pueden estar condicionando riesgos. Y por tratarse de situaciones vinculadas a circunstancias y procesos que tienen lugar dentro del ciclo vital, que en materia de salud afectan a la mujer, hace necesaria la reestructuración del sector salud; incorporando la sexualidad y revisando en qué valores se sustentan estos comportamientos: promoviendo el desarrollo de un pensamiento crítico, como base de cambios; favoreciendo una

interacción real entre las instituciones de salud y los grupos de mujeres, interacción que mejoraría significativamente la calidad de atención prestada (Organización Panamericana de la Salud, 1993).

Asimismo, incluir una perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva, constituye el reconocimiento de la priorización de las necesidades y los derechos de las usuarias, y también los de las/los profesionales de la salud como procesos simultáneos y complementarios (Díaz, Chile 1995).

Por ello, en la exploración de los principios que organizan estas construcciones y su respectiva entronización en el contexto cultural y socio-histórico de las usuarias, se identifica el rol fundamental de los aspectos sociales y culturales que intervienen en tales principios (Saavedra y cols. 1996).

Al respecto, la perspectiva de género, se constituye en una herramienta analítica para determinar la forma en que las construcciones del sistema masculinidad-feminidad, y las condiciones de vida que éste genera, se evidencian en la salud sexual y reproductiva de la población, permitiendo replantear la atención de la salud en la proporción que se satisfagan las necesidades de la población por el sistema de servicios de salud. Estas demandas serán resueltas por una atención inherente al concepto de salud integral y de bienestar en el aspecto social y en el marco ético de los derechos humanos, en este caso, los derechos sexuales y reproductivos (Ministerio de Salud de México, 1998).

De ahí que la comprensión de los significados que las personas atribuyen a sus actos y al mundo que los rodea, sea en la interacción con otras personas, en diferentes formas de organización social, en las relaciones de poder mediadas por clase social, género, etnia, edad, etc. (Yon, 1999).

Por tanto, la perspectiva de género develará las relaciones de desigualdad existentes entre hombres y mujeres, identificando las asimetrías por sexo referidas a responsabilidad y poder (Alva y Vargas, 2000). En donde, la sexualidad y la reproducción, por ser aspectos de la vida sobre los cuales cada persona debería, no solamente tener control para el logro de adecuados servicios de salud sexual y reproductiva; sino también, porque son derechos, que se encuentran abarcando todo el ciclo vital y a la persona como un todo. Es decir, como un ser biopsicosocial.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS.

La Declaración del Milenio de la que derivan los Ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a lograrse para el 2015, suscrita por 191 países, determinó fines generales sobre la pobreza, la salud, la educación y el medio ambiente. Los objetivos poseen metas evaluables que son controladas por indicadores, fortalecen los importantes compromisos aceptados por los países en las cumbres y conferencias mundiales de los 90⁷, y evidencian la interdependencia entre el crecimiento, la disminución de la pobreza y el desarrollo sostenible. (PNUD 2015)

En tal sentido, la salud de las mujeres está condicionada por su situación socio-económica, por factores biológicos y por aspectos relativos a su posición y papel subordinados en la sociedad. De ahí que la política de salud del Perú identificó a la salud

sexual y reproductiva (SSR) como la condición de completo bienestar mental y social que mujeres y hombres responsables y libres, requieren para el ejercicio sexual y reproductivo, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y alcanzar la equidad en el desarrollo social; constituyéndose la salud sexual y reproductiva en un derecho humano y social, fundamental durante todo el ciclo vital (Presidencia de la República 1999).

Al respecto, el gobierno de Alberto Fujimori había declarado en 1992 que los 90 serían la “Década de la Planificación Familiar” en Perú, y a la vez el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia 1992-1995 (PNASRF) fue aprobado. Sin embargo, la implementación de este programa aplicó un enfoque demográfico; pues buscó reducir la tasa de fertilidad de 3.5 en 1991 a 3 en 1995, dando prioridad a las mujeres procedentes de zonas pobres urbanas y rurales consideradas de alto riesgo.

En 1995, la ley de población de 1985, es modificada al incorporar la ligadura de trompas y la vasectomía dentro de los métodos anticonceptivos de planificación familiar en los establecimientos de salud del MINSA. Y en 1996 una resolución administrativa del MINSA excluía la conformidad conyugal ante los métodos quirúrgicos. No obstante, emergieron rápidamente una serie de problemas en relación a su aplicación. En 1996, surgen testimonios sobre abusos a los derechos humanos por las ligaduras de trompas ejecutadas por el personal de salud del MINSA; en que las mujeres fueron obligadas a aceptar la operación, no recibieron adecuada atención post-quirúrgica resultante en comorbilidades y/o la muerte, e incluso siendo operadas durante una cesárea sin su autorización previa. La Defensoría del Pueblo, confirmó que los procedimientos para obtener el consentimiento informado de parte de las mujeres no habían sido respetados en varios casos. La prioridad dada por el gobierno a la ligadura de trompas, había condicionado un escenario opuesto para garantizar la libre toma de decisión de las mujeres, que conllevó a elaborar nuevos modelos de planificación familiar en 1999, pues los objetivos del PSRPF se modificaron en función al acceso a la información en planificación familiar más no en cuanto al número de usuarios de métodos anticonceptivos.

Estas innovaciones fueron orientadas a mejorar la oferta de los servicios de salud, en función a modelos de aseguramiento de salud para determinados grupos poblacionales con restricciones económicas, a fin de elevar la demanda de tales servicios; que al incluir solamente un reducido número de servicios de salud se les denominó “paquetes básicos de salud”. Estos paquetes de seguro público de salud, se brindaron en primera instancia a todos los niños que asistían a una escuela pública; desde edad preescolar hasta los diecisiete años de edad, mediante el seguro escolar gratuito (SEG) establecido en 1997.

Mientras que el seguro materno infantil (SMI) originado en 1998 por agencias donantes extranjeras; que incluía los servicios de salud para infantes, madres embarazadas, madres que dan de lactar, a través de las atenciones pre natal, del parto y post natal; tuvo poca existencia e impacto por ausencia de voluntad política para su implementación en el régimen de Fujimori.

⁷Programa de Acción de la IV Conferencia Internacional de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo, Egipto (CIPD 1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (China, 1995) así como sus conferencias de seguimiento.

En el 2000, el gobierno de Fujimori se derrumba frente a revelaciones de corrupción y fraude electoral de amplia magnitud. El gobierno de transición, inicia la implementación de un nuevo seguro público de salud (SPS) para la mayoría de las peruanas y los peruanos no asegurados que reemplazaba al SEG y al SMI; y daba cobertura a todos los niños sin seguro, ampliaba los beneficios del SMI a todas las mujeres en edad fértil (MEF) no aseguradas de 15 a 49 años con detección de cáncer de cérvix uterino y de mama, planificación familiar y atención de comorbilidades post aborto, así como un conjunto de intervenciones quirúrgicas de emergencia gratuitas para adultos no asegurados.

No obstante, tras las elecciones de 2001, a pocos meses de ser Alejandro Toledo el nuevo presidente, se sustituye el SPS por un nuevo seguro integral de salud (SIS) que restringe significativamente los alcances en salud reproductiva del SPS, pues el SIS involucra solamente atenciones en las etapas pre natal, natal y post natal; sin considerar a todas las mujeres de 15 a 49 años o MEF, a quienes sí incluía el SPS. Asimismo, al difundirse los métodos “naturales” en el sistema de servicios de salud, ocasiona que la prevalencia anticonceptiva total solo incremente hasta el 70.7% a un ritmo de crecimiento inferior al del periodo 1996-2001; con la inherente caída del 73% al 67% del uso de anticonceptivos modernos, mientras que los métodos tradicionales experimentan un ascenso del 27% al 33% en su uso. (Aramburú, 2014).

En este período de gobierno, los ministros de salud fueron los médicos Luis Solari, miembro de Sodalicio de Vida Cristiana; y Fernando Carbone, ex representante de Human Life Internacional y de Medicus Mundi, una rama del Opus Dei. Quienes del 2001 al 2003 modificaron y trastocaron el MINSA así como los programas de planificación familiar y salud de la mujer, con la aparición de un nuevo modelo de atención integral de salud a establecerse dentro de las políticas de salud 2002-2012; que si bien prioriza la salud materno infantil desde la fecundación, carece de referencia alguna sobre la planificación familiar en relación a la disminución de la morbilidad materno infantil. El programa de planificación familiar se convirtió en un componente más de la atención integral de la salud; experimentando las usuarias y los usuarios, no solamente limitaciones en el acceso a los métodos anticonceptivos dentro de los establecimientos del MINSA, sino fatales consecuencias. (Rousseau 2007).

Las diferencias entre la fecundidad deseada y la fecundidad real que perjudican en forma directa a las mujeres de zonas rurales, si bien descendieron significativamente en el período 1996 – 2000 e incluso hasta en el lapso del 2004 al 2006 aunque se produjese la carestía de anticonceptivos del 2000 al 2004, hallan su esclarecimiento en el aborto clandestino. (PROMSEX 2010). Pues en el 2006, de cada cien mujeres, 5,3 de ellas abortaban; cifra que se hubiese elevado, a no ser por el consumo privado cercano a dos millones de unidades de anticonceptivos orales de emergencia (AOE) hasta ese año (Ferrando, 2006). Además, el desabastecimiento de métodos de planificación familiar en los servicios de salud, originó un incremento en el abandono de anticonceptivos modernos a la vez que un retorno representativo de las mujeres a métodos denominados como tradicionales y/o naturales. (PROMSEX 2010).

Al respecto, es preciso agregar que este cambio dentro de las políticas de salud reproductiva en el 2001, recibió fuerte influencia de la derecha religiosa de la política estadounidense pues entidades como USAID y UNFPA dejaron de tener el soporte de

Estados Unidos para sus programas y actividades en salud reproductiva, a causa de la “ley de la mordaza” del presidente George Bush hijo, quien al impedirles el abordar cuestiones asociadas a aborto, ocasiona que USAID cese en la promoción y difusión de la anticoncepción de emergencia, que ya era elemento oficial de la planificación familiar en el Perú. (Rousseau 2007)

En ese sentido, ciertos sectores de la sociedad civil asumen un rol opositor para revertir esta postura del gobierno de Toledo, a través de la mesa de vigilancia en salud, derechos sexuales y reproductivos; en la que sus organizaciones, instituciones y profesionales miembros, logran la incorporación de la anticoncepción de emergencia en forma gratuita en el MINSA; con su implementación por la médica Pilar Mazetti, nueva ministra de salud, en el 2004. Si bien esta gestión realizó un intento inicial de asegurar y mantener el suministro de métodos anticonceptivos a nivel nacional, evidenció apoyo insuficiente hacia el adiestramiento y organización para la disponibilidad de los métodos anticonceptivos. (PROMSEX 2010).

En las elecciones generales del 2006, el presidente electo es Alan García; en cuyo plan de gobierno 2006 – 2011, objetivo 3, letra D, ítems 143 y 149: si bien señala el priorizar y fortalecer las estrategias conducentes a la reducción de la mortalidad materno infantil, a través del impulso a la promoción de la salud, la prevención y la atención oportuna de enfermedades; así como el desarrollar una política de planificación familiar respetando el derecho de la pareja sobre el tamaño de la familia, brindando para este efecto el acceso a la información suficiente y a servicios de calidad; no establece mayor relación entre la importante contribución de la planificación familiar para el descenso significativo de las tasas de mortalidad materna e infantil. Y a la vez, no explicita la inclusión de las mujeres en edad fértil conforme al ítem 142, ni garantiza el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva ausentes de coacción y de coerción.

Es pertinente señalar tales aspectos pues recientes estudios demuestran beneficios inmediatos para la salud femenina, originados en la cobertura de las demandas de atención por planificación familiar y salud materna y neonatal. Los embarazos no deseados se reducirían de 75 millones a 22 millones por año, la mortalidad materna descendería de 550,000 a 160,000 y la mortalidad neonatal descendería de 3,5 millones a 1,9 millones (Guttmacher Institute, 2012).

En este orden, se observa que durante la segunda gestión de Alan García al igual que en el gobierno actual de Ollanta Humala existe una disminución en la preponderancia y los alcances del vigente programa nacional de planificación familiar, así como una tendencia ascendente del sector privado en la producción, distribución y suministro de métodos anticonceptivos que involucra del 25% al 37% de las usuarias de anticonceptivos actuales; siendo los inyectables y los preservativos, los de mayor demanda. (Aramburú, 2014). Más aún, la prevalencia anticonceptiva total aumenta al 75.5% de las mujeres usuarias en edad fértil; en tanto que el uso de los denominados métodos naturales que oscila en torno al 32%, por su menor efectividad o índice de Pearl desfavorable (OMS 2004), puede originar un incremento de los embarazos no deseados que conlleve a la recurrencia del aborto clandestino. (Aramburú, 2014).

Bajo esta perspectiva, los problemas relativos a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres hacen mucho más evidente que deberían obtener atenciones calificadas

cuando deseen procrear, cuidar su salud sexual y reproductiva, y ser beneficiarias de programas preventivos de las enfermedades propias de su sexo. De ahí que, si bien es cierto la Norma Técnica de Planificación Familiar (2005) del MINSA señala que “la consideración del enfoque de género en la oferta de los servicios de planificación familiar, permite comprender cómo los aspectos socioculturales, institucionales y normativos se traducen en diferencias en la distribución del poder y en la toma de decisiones en asuntos de la sexualidad y la reproducción, generando un trato desigual entre hombres y mujeres en la oportunidad de los servicios y un trato diferencial dentro y fuera de los establecimientos de salud”; al igual que la vigente Norma Técnica de Planificación Familiar (2016) que en su definición operativa sobre enfoque de género refiere que “son procesos o acciones que se realizan para eliminar formas de discriminación en las relaciones sociales entre hombres y mujeres”; más no explicitan la incorporación e implementación de la perspectiva de género por los servidores de salud dentro de las políticas de población y planificación familiar, que puedan estar encaminadas hacia el establecimiento de relaciones proveedor/a de salud-usuaria más equitativas; pues desde los años sesenta estuvieron manejadas por procesos institucionales y coyunturales, en donde la ideología de los diferentes regímenes de gobierno, factores religiosos y/o culturales, y los partidos políticos de oposición influyeron en el contenido y la finalidad de los programas; lo que dificultó el desarrollo de una sólida política de estado que respondiera dentro de las necesidades reales y esenciales de la población femenina, a una exigencia básica e ineludible para toda mujer, cuál es la atención en salud sexual y salud reproductiva por profesionales de salud que expresen y/o favorezcan la aceptación, la promoción y el ejercicio de las decisiones de la usuaria sobre su salud, su cuerpo, su vida.

3. ESCENARIO: ESPACIO SOCIAL Y GEOGRÁFICO.

Esta investigación se ubica en la jurisdicción sanitaria del centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo Bajo, en el distrito de Independencia, en la zona norte de Lima; al que le corresponde brindar sus servicios de salud a la población que habita en: urbanización popular Tahuantinsuyo, urbanización popular Túpac Amaru, urbanización popular Víctor Raúl Haya de La Torre, la asociación de vivienda Abelardo Quiñones y los asentamientos humanos de los cerros colindantes.

El centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo Bajo (CSMITB), es un establecimiento de salud de categoría I-4 correspondiente al cuarto nivel de complejidad del primer nivel de atención según el ministerio de salud (MINSA. Documento oficial de categorización, 2004). Se brinda atención médica integral ambulatoria y en algunas especialidades, con internamiento de corta estancia principalmente enfocada al área materno-perinatal (Cuadro N° 01).

Forma parte de la red de Independencia que junto a las redes de Comas y Carabayllo constituyen la red de salud Túpac Amaru y es el centro de referencia inmediato de los puestos y de los centros de salud sin internamiento de su área programática. (MINSA. Documento oficial de categorización, 2004).

CUADRO N° 01
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL TAHUANTINSUYO BAJO 2015⁸

RECURSOS HUMANOS POR GRUPOS OCUPACIONALES

GRUPO OCUPACIONAL	TOTAL
MÉDICO GENERAL	11
MÉDICO ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	01
MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	07
MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	07
MÉDICO ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	01
MÉDICO ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	01
MÉDICO ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	01
MÉDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA	01
MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	01
MÉDICO ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGÍA	01
OBSTETRAS	27
CIRUJANOS DENTISTAS	05
ENFERMERAS	31
PSICÓLOGOS	03
NUTRICIONISTAS	03
QUÍMICOS FARMACÉUTICOS	03
TECNÓLOGOS MÉDICOS RADÍOLOGOS	03
TECNÓLOGOS MÉDICOS EN LABORATORIO	08
TECNÓLOGOS MÉDICOS EN TERAPIA DE LENGUAJE	01
ASISTENTES EN SERVICIO DE SALUD I	03
TÉCNICOS EN ENFERMERÍA	39
TÉCNICOS EN LABORATORIO	04
TÉCNICOS SANITARIOS	02
TÉCNICOS ESPECIALIZADOS EN LABORATORIO	01
BIÓLOGA	01
INSPECTORES SANITARIOS I	02
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	01
AUXILIARES ASISTENCIALES	01
AUXILIARES EN FARMACIA	01
ASISTENTAS SOCIALES	02
ESPECIALISTAS ADMINISTRATIVOS I	02
ASISTENTES PROFESIONALES I	01
TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS	21
TÉCNICOS EN INFORMÁTICA	02
TÉCNICOS EN ESTADÍSTICA	07
OPERADORES P.A.D.	01
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	07
CHOFERES	03
ARTESANOS I	01
DIGITADORES	08
TRABAJADORES DE SERVICIOS GENERALES	12
TOTAL	231

(Elaboración propia. Fuente: MINSA. Unidad de Estadística e Informática del CSMITB, 2015).

⁸Este establecimiento de salud ofrece los servicios de: Obstetricia, planificación familiar, control y atención del cáncer cérvico uterino y de mama, ginecología, materno perinatal, medicina general, pediatría general, neumología, gastroenterología, traumatología, cardiología, radiología, psiquiatría, dermatología, odontología, psicología, laboratorio, farmacia, hospitalización, emergencia, emergencia obstétrica, servicio social, control de tuberculosis, inmunizaciones, tóxico, saneamiento ambiental, nutrición, etapa de vida del adolescente, control del crecimiento y desarrollo del niño sano, control de enfermedades de transmisión sexual, VIH y SIDA, y terapia del lenguaje; a cargo de los recursos humanos por grupo ocupacional que posee. (MINSA. Unidad de Estadística e Informática del CSMITB, 2015).

Los servicios de salud sexual y salud reproductiva de este establecimiento involucran esencialmente los servicios de: Obstetricia, planificación familiar, control y atención del cáncer cérvico uterino y de mama, ginecología, materno perinatal y control de enfermedades de transmisión sexual, VIH y SIDA (MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, 2004). Y la atención se encuentra a cargo de personal profesional de salud integrado por veintisiete obstetras y por siete médicos con especialidad en ginecología y obstetricia. (MINSA. Unidad de Estadística e Informática del CSMITB, 2015).

Todos estos servicios de salud sexual y salud reproductiva brindan sus atenciones en los ambientes destinados a consulta externa, excepto emergencia obstétrica, centro obstétrico, hospitalización y control de enfermedades de transmisión sexual, VIH y SIDA. Que poseen ambientes ubicados en áreas con acceso público restringido a fin de garantizar la privacidad y la atención de las/los usuarias/os conforme a las normas establecidas (MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, 2004). La infraestructura del centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo Bajo ha destinado las áreas siguientes para el desarrollo de las atenciones de salud sexual y salud reproductiva por consulta externa. (Cuadro N° 02).

CUADRO N° 02

CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL TAHUANTINSUYO BAJO 2014

SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA: ÁREAS PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN CONSULTA EXTERNA

N°	UNIDAD DE MEDIDA	SERVICIO
01	AMBIENTE	OBSTETRICIA
01	AMBIENTE	PLANIFICACIÓN FAMILIAR
01	AMBIENTE	CONTROL Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y DE MAMA
01	AMBIENTE	GINECOLOGÍA

(Elaboración propia. Fuente: MINSA. Unidad de Estadística e Informática del CSMITB, 2014).

Mientras que la atención para cada servicio por profesional de salud, ofrece la distribución siguiente (Cuadro N° 03):

CUADRO N° 03

CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL TAHUANTINSUYO BAJO 2014

SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA: PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PROFESIONAL DE SALUD

N°	SERVICIO	PROFESIONAL DE SALUD
01	OBSTETRICIA	OBSTETRA
01	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	OBSTETRA
01	CONTROL Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y DE MAMA	OBSTETRA
01	GINECOLOGÍA	MÉDICO CON ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

(Elaboración propia. Fuente: MINSA. Unidad de Estadística e Informática del CSMITB, 2014).

Al respecto, “la Ley N° 23346 reconoce la carrera de Obstetricia como profesión médica y que la Obstetra y el Obstetra son aquellos profesionales que, habiendo concluido sus cinco años de estudio en esta especialidad de la medicina humana en una universidad y una vez titulados y colegiados, están aptos para prestar atención a la mujer, la familia y la comunidad”. (Tribunal Constitucional del Perú, 2007). “En la actualidad, las universidades públicas y privadas extienden tanto el título profesional de Obstetra como el de Obstetrix y que tanto en uno como en otro caso se hace referencia al Obstetra como un profesional de la salud distinto al médico y cuya función corresponde a la del tocólogo. Y que la palabra obstetrix es un peruanismo y que la correcta denominación para quien se dedica a la Obstetricia, sea varón o mujer, es la de Obstetra...” (Tribunal Constitucional del Perú, 2007).

En ese orden, hoy en día el/la Obstetra se desenvuelve profesionalmente en los ámbitos pre concepcional, concepcional y post concepcional de la Obstetricia; correspondientes a la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres, los hombres, las familias y la sociedad en general, en todas las etapas de la vida.

Mientras que el médico con especialidad en ginecología y obstetricia es aquel profesional que al culminar sus siete años de estudios generales de medicina humana en una universidad, titulado y colegiado; realiza en forma posterior, solamente tres años de estudios adicionales en ginecología y obstetricia, para recién obtener el título de especialista en ginecología y obstetricia; tal y cual se registra en los diplomas otorgados por las universidades del país. (UPG Facultad de Medicina Humana UNMSM, 2016).

En cuanto al horario de atención para la consulta externa de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, es de lunes a sábado; por las mañanas de 8 am a 2 pm y por las tardes de 2 pm a 8 pm. Al respecto, la consulta externa de Obstetricia se realiza con una frecuencia de uso correspondiente a una atención prenatal al mes en los primeros seis meses de gestación, una atención prenatal cada quince días en el séptimo y octavo mes de gestación, y una atención prenatal semanal en el noveno y último mes de gravidez (ESNSSR, 2004); alcanzando 3690 atenciones para 1790 gestantes en el 2015. (Cuadro N° 04).

CUADRO N° 04

CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL “TAHUANTINSUYO BAJO”

ATENDIDOS Y ATENCIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA POR CONSULTA EXTERNA – AÑO 2015

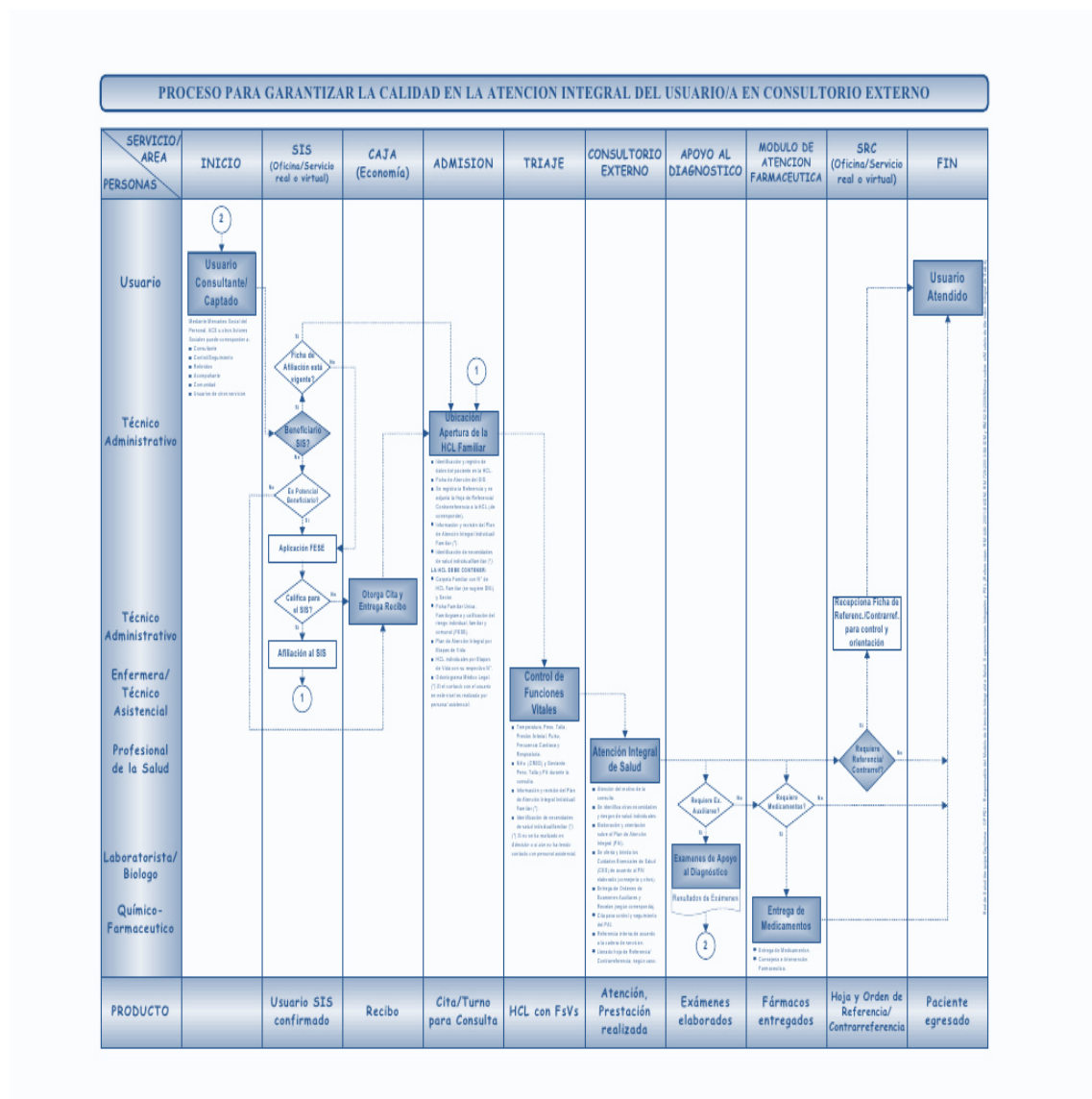
UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS	TOTAL	
	ATENDIDOS	ATENCIONES
TOTAL GENERAL	29206	85328
OBSTETRICIA	1790	3690
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	836	3519
CONTROL Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y DE MAMA	469	2639
GINECOLOGÍA	1058	3545

(Elaboración propia. Fuente: MINSA. Unidad de Estadística e Informática del CSMITB, 2015).

Asimismo, se observa que si bien la consulta externa de planificación familiar realizó 3,519 atenciones con 836 atendidos, respecto a ginecología con 3545 atenciones para 1058 atendidos en el año 2015; la concentración o frecuencia de uso del servicio, resultante de dividir las atenciones entre los atendidos, es de 4 para planificación familiar y de 3 para ginecología. En tanto que la frecuencia de uso para la consulta externa de control y atención del cáncer cérvico uterino y de mama es igual a 5.6 (Cuadro N° 04).

En este entorno, la población que requiere atención de los servicios de salud sexual y salud reproductiva por consulta externa, tiene que realizar un proceso a seguir. Que se inicia desde su ingreso al establecimiento de salud como usuaria/o consultante o usuaria/o captada/o, si tiene atenciones anteriores o es la primera atención respectivamente. Y finaliza con la realización de la atención en condición de usuaria/o atendida/o. (Figura N° 01).

FIGURA N° 01
FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



Fuente: Slide Share2010. (En: http://es.slideshare.net/Nando_Slide/flujoograma-para-consulta-externa-mais).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LAS USUARIAS SOBRE EL/LA PROVEEDOR/A DE SALUD.

Las representaciones sociales sobre el/la proveedor/a de salud sexual y reproductiva que tienen las usuarias, involucran elementos sociales dentro de su procesamiento psicológico. Esto conlleva a la exploración de diferentes dimensiones que funcionan de manera interdependiente: El lenguaje, los pensamientos, las actitudes, los comportamientos, las decisiones. Todo lo cual construye la realidad social en el contexto de una visión integral que incorpora las interdependencias y/o interacciones a la vez, en donde las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal (Jodelet 1984).

En otras palabras, las representaciones sociales sobre el/la hombre o mujer proveedor/a de SSR que tienen las usuarias, se encontrarían condicionadas por las circunstancias de género que “envuelven” a las mujeres en la imagen de mujer que le dicta la sociedad en la medida que la mujer re produzca estas representaciones sociales en función del hombre; es decir, “complementarse” como mujer, tener seguridad, respaldo y representatividad (Ruiz Bravo 1996), al elegir a un hombre o a una mujer como proveedor/a de salud en SSR. Así como la forma en que han ido de construyendo y re construyendo sus propias representaciones sociales, donde en el transcurso de sus existencias con mayor o menor frecuencia, el hecho de ser mujer les atribuyó un determinado rol social (Ruiz Bravo 1996).

Al respecto, muchos aspectos de las representaciones sociales particulares de las usuarias en torno a los sexos, la sexualidad y otros temas semejantes y relacionados, cobrarán sentido si se les interpreta como procedentes de la perspectiva de las usuarias; quienes actúan de acuerdo o no con las reglas y mecanismos que rigen la diferenciación del estatus en su sociedad. Es decir, las representaciones sociales del sexo y del género tienden en todas partes a establecerse de acuerdo con las consideraciones en torno al prestigio o la importancia que hacen o tienen los actores “masculinos” socialmente dominantes, pues la forma en que el prestigio es asignado, regulado y expresado constituye la óptica a través de la cual se perciben las representaciones sociales de los sexos y de sus relaciones sociales (Ortner y Whitehead 1997).

En este orden, las representaciones sociales sobre el/la hombre o mujer proveedor/a de salud que tienen las mujeres usuarias, pueden ser ubicados dentro del conjunto de representaciones sociales construidas por las mujeres usuarias en base al ser poseedoras del cuerpo femenino y a sus vivencias personales porque, en la construcción de tales experiencias, han contribuido las diversas interacciones a lo largo de sus vidas (FNUAP 2000). Asimismo, la caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás” (en De León 2002).

2.2 EL CUERPO FEMENINO

Al respecto, las representaciones sociales sobre el/la proveedor/a de salud que tienen las usuarias responderían a las definiciones y fines que la sociedad y sus “instituciones” le otorgan al cuerpo femenino como mecanismos de control que le establecen su particular visión de la mujer. En ese sentido, el cuerpo se constituye en un elemento social y subjetivo porque las prácticas, controles y conocimientos sobre éste responden y obedecen a una construcción biológica del “orden de vida” hecho por la sociedad. Y es el cuerpo el que determina o reconfigura las variaciones de los significados y contenidos que recibió de la sociedad. “El lenguaje del cuerpo es revelador. En él se inscriben la historia personal y social de cada individuo; en el caso de la mujer, es expresivo del enorme peso de las normas, valores y estereotipos referidos a su condición genérica, que la atan a culpas, a miedos y le niegan gran parte de las posibilidades de autonomía y placer” (Rodó 1994).

Asimismo, al citar a Beauvoir respecto a su noción del cuerpo como “situación”, Butler se refiere al cuerpo como situación que tiene al menos un significado doble: Como locus de interpretaciones culturales, el cuerpo es una realidad material que ha sido localizada y definida dentro de un contexto social y es también la situación de tener que asumir e interpretar ese conjunto de interpretaciones recibidas. En tanto que campo de posibilidades interpretativas, el cuerpo es un locus del proceso dialéctico de interpretar de nuevo un conjunto de interpretaciones históricas que ya han informado al estilo corpóreo. El cuerpo se convierte en un nexo peculiar de cultura y elección, y “existir” el propio cuerpo se convierte en una forma de asumir y reinterpretar las normas de género recibidas (Butler 1997).

Al respecto, cabe señalar lo que Aníbal Quijano (1999) en su texto ¡Qué tal raza! sostiene: “[...] el debate sobre la cuestión de “género” y los movimientos feministas, van logrando que una proporción creciente de la población mundial tienda a admitir que “género” es un constructo mental fundado en las diferencias sexuales, que expresa las relaciones patriarcales de dominación y que sirve para legitimarlas. Y algunos proponen que, análogamente, hay que pensar “raza” como otro constructo mental, éste fundado en las diferencias de “color”. Así, sexo es a “género”, como “color” sería a “raza” . Lo que constituye un factor clave, para entender y reinterpretar las relaciones de género recibidas de una cultura dominante. Además, se puede afirmar, en primer término, que sexo y diferencias sexuales son realmente inexistentes; y en segundo lugar, constituyen un subsistema dentro del sistema conjunto que se conoce como cuerpo humano, de la misma manera que la circulación de la sangre, la respiración, la digestión, etc.; lo que implica un comportamiento “biológico” diferenciado entre sexos diferentes. Este comportamiento diferenciado, está íntimamente vinculado, a una cuestión vital, que es la reproducción de la especie. Donde uno de los sexos insemina y fecunda, el otro ovula, menstrúa o concibe, gesta, pare, amamanta o puede amamantar al nuevo ser.

Por lo expuesto, las representaciones sociales sobre el/la proveedor/a de salud que tienen las usuarias, involucrarán el comprender que la salud de las mujeres pasa por entender cómo éstas se visualizan con respecto a su propio cuerpo y las posibilidades de desarrollar la autonomía y la autodeterminación; que les permitirá mayor participación en la toma de decisiones individuales y colectivas, orientar más asertivamente sus

prácticas en salud con una mayor conciencia del autocuidado, de la importancia que ello tiene, así como de interiorizar la salud como un derecho (INAMU 2000).

Sin embargo, hay que señalar que la salud de la mujer no se remite al ámbito reproductivo que abarca al embarazo y al puerperio, como han relevado las políticas de salud hasta nuestros días que se han centrado específicamente en estos aspectos, al destinar servicios y recursos a tales propósitos (INAMU 2000). La salud de la mujer involucra también factores de tipo social: Lugar en la estructura grupal, rol familiar, rol asociado a lo femenino, etc., los que favorecen o no la imagen que las usuarias tienen de sí mismas, parientes, amistades, proveedores de salud sexual y reproductiva, etc., como de las oportunidades que tienen en la sociedad; entre éstas, el acceso y la atención en los servicios de salud; en este caso, los de salud sexual y reproductiva.

Finalmente, se concuerda con Esther Corona V. (1999), quien afirma: “Los temas sexuales no se asocian únicamente a problemas físicos, sino también emotivos, de autoestima y de inseguridad, por lo que llegar a una consulta sobre sexualidad implica haber superado diversas dificultades individuales relativas al temor de la persona de ser maltratada, humillada, castigada y estigmatizada, al ser juzgada la intimidad y la vida sexual. La identidad también integra la salud sexual”.

2.3 PREFERENCIAS DE ATENCIÓN DE LAS USUARIAS: RELACIÓN PROVEEDOR/A DE SALUD – USUARIA.

Desde esta perspectiva, el aludir al orden simbólico con que una mujer elabora la diferencia sexual respecto a la preferencia de atención por un hombre o una mujer proveedor/a de salud en los servicios de salud sexual y reproductiva, no solamente permite examinar este ámbito en las usuarias; sino que favorece el análisis de la interacción proveedor/a de salud-usuaria hacia la identificación de elementos de tal interacción que influyen en las preferencias de las usuarias para ser atendidas por hombres o por mujeres en relación a su particular visión de lo que debe ser un hombre, de lo que debe ser una mujer, de cómo deben ser las interrelaciones entre hombres y mujeres en cualquier entorno. En este caso, como forma de organización de la vida de usuarias y proveedores/as en el sistema de servicios de salud (SSS) cual fenómeno social (Lamas 1996).

Al respecto, la comprensión de los significados de las representaciones sociales, que las mujeres atribuyen a sus actos y al mundo que las rodea; ocupa un lugar central en la exploración de cómo tales representaciones sociales influyen sobre las preferencias de atención vinculadas al sexo de el/la proveedor/a de salud, ya que el campo representacional puede estar siendo influenciado por la relación proveedor/a de salud-usuaria. Que por un lado es entendida como un proceso de interacción dinámica, fluida e integradora, cual elemento de la calidad de atención en salud sexual y reproductiva (SSR). Y por otro, es el espacio donde se genera una asociación probablemente diferente entre la usuaria y el/la proveedor/a dependiendo si es varón o mujer, haciéndose necesario indagar en las experiencias de las usuarias.

Asimismo, estos significados son contruidos e interpretados subjetivamente en procesos de interacción con otras personas, los que a su vez ocurren dentro de diferentes formas de organización de la vida social, económica y política, no exentas de relaciones de poder mediadas por la clase social, el género, la procedencia étnica, la edad u otra forma de diferenciación social (Yon 2000). En este orden, como dice Esther Corona⁹ es importante tener en cuenta que: “El control de la fecundidad ha sido, tal vez, el elemento esencial que ha permitido la posibilidad de separar el ejercicio coital de la sexualidad de su secular consecuencia: el embarazo. Tal vez para las parejas del mundo desarrollado, esta conquista es un hecho dado en el que pocos reflexionan; sin embargo, aún existe enorme sinnúmero de mujeres para quienes el control y la regulación de la fecundidad son una ilusión. En nuestros mismos países, en este continente, mujeres en situación de marginalidad no pueden tener acceso a este mínimo derecho que garantice la salud sexual”.

“Es necesario garantizar el acceso de servicios de calidad para toda la población en esta área. También con la reproducción se encuentra relacionada la maternidad sin riesgo, es decir la posibilidad de las mujeres de acceder a todo el proceso de embarazo, parto y puerperio. [...]. En los vínculos afectivos reside particularmente la relación de la salud sexual con la salud mental. Aunque una parte de la sexualidad pertenece a la dimensión íntima del ser humano, de su autoerotismo, de sus fantasías, gran parte de la sexualidad se expresa en la vida de relación y por tanto se verá sujeta a los avatares al igual que a los afectos en otras áreas de la vida. Es prácticamente imposible entender los problemas que están relacionados con la sexualidad sin tener en cuenta los aspectos emocionales...”.⁹

En ese sentido, existen muchos aspectos de la vida y las experiencias de las mujeres que repercuten en las preferencias de las usuarias en ser atendidas por un hombre o una mujer proveedor/a de salud sexual y reproductiva; incluida la relación con su compañero al igual que su entendimiento y creencias acerca de la sexualidad. Más aún, las representaciones sociales de la vida y las experiencias de las usuarias –algunas más evidentes que otras- influyen fuertemente en las preferencias de ser atendidas por un hombre o una mujer, en el marco de las decisiones de salud sexual y reproductiva de las mujeres en muchos lugares del mundo (Smith 2002).

Por tanto, “los proveedores no deben olvidar que muchas mujeres viven en un entorno en el que no toman decisiones unilaterales acerca de su salud...” subraya Bayley según estudios realizados con entrevistas a fondo y grupos de enfoque en Pakistán (1997), Bangladesh (1994), Tailandia (2001), los que indican que factores culturales y sociales también influyen en los conocimientos y las creencias de las mujeres acerca de la anticoncepción y la reproducción; su autoestima y sus opiniones relativas a la sexualidad; que a la vez influyen en sus decisiones de salud sexual y reproductiva (en Smith 2002).

⁹Corona E. *El papel de la salud sexual en el bienestar comunitario. Conceptos, valores e intervenciones.* p. 65. CECOSAM. Lima 1999.

De lo mencionado se desprende que la salud sexual y reproductiva no es una cuestión estrictamente individual sino que atañe a las familias, las comunidades y la sociedad como un todo. En la interacción social cotidiana se genera la mayoría de los problemas que indican la falta de salud sexual y reproductiva, pero en la misma interacción social existe, el germen de la prevención e igualmente de la sanción. Es por ello, que los procesos educativos están en la base de las medidas preventivas en lo que se refiere a la salud sexual⁸.

2.4 ELEMENTOS DE LA RELACIÓN PROVEEDOR/A-USUARIA QUE INFLUYEN EN LAS PREFERENCIAS DE LA USUARIAS

La determinación de los elementos de la relación proveedor/a-usuaria que influyen en las preferencias de las usuarias por un hombre o por una mujer en la atención en SSSR corresponde al desarrollo del concepto de representación social entendida como un proceso en el cual, éstas preferencias de las usuarias por un hombre o por una mujer proveedor/a de salud en la atención de los SSSR serían –según Jodelet- “una forma de pensamiento social” compartido y de carácter práctico, que permite interpretar acontecimientos de la vida diaria, información y características del medio ambiente, tanto como a los otros actores sociales involucrados en esa elaboración. (En Pelcastre-Villafuerte y cols. 2001).

De ahí que las preferencias de las usuarias por un hombre o por una mujer en la atención en SSR no dependen únicamente de las características de la propia situación, sino que se ven proveídas por otras representaciones “como la experiencia más amplia del ser mujer, en donde el ejercicio de la capacidad reproductiva adquiere un peso importante; de la concepción del cuerpo, manifestada mediante mitos; o de lo que significan la sexualidad, la menstruación, la fertilidad, la vejez, construcciones todas ellas formadas socialmente y en tanto que éste es su carácter, han permeado la identidad de las mujeres” (En Pelcastre-Villafuerte y cols. 2001). Más aún en una sociedad como dice Lenin Cárdenas (1999) donde la fragilidad y limitación de los vínculos familiares y sociales no están acompañados por un individualismo aislado, autosuficiente. Es bien sabido que para conseguir su bienestar físico, psicológico, social y de reproducción sexual el ser humano requiere su integración en redes sociales comunitarias reales que ofrezcan y canalizan la afectividad y responsabilidad hacia el otro u otra, redes que confieren identidad y sentido. Si bien es cierto que en otros tiempos esta función estaba depositada principal y fundamentalmente en la familia, sin mayores afecciones, el carácter limitado, frágil y parcial de los vínculos familiares actualmente exigen la necesidad de promover y apoyar la gestación de espacios alternativos de socialidad, de organizaciones alternativas complementarias, que promueven el reconocimiento mutuo y la participación democrática.

En ese sentido, la confianza con los/las proveedores/as de atención de SSR, puede ser un elemento que influya en las preferencias de las usuarias para ser atendidas por un hombre o una mujer proveedor/a de salud. Más aún, otros elementos posibles de ser así considerados, son: Impresión, simpatía, empatía, trato, identificación; que asociados a la confianza constituirían lo que se ha denominado la comunicación socio-emocional.

Al respecto, estos elementos también han sido planteados en un estudio efectuado en Bolivia (1993); mientras que otra investigación realizada en Egipto (2000) por Population Council refiere que muchas usuarias dijeron que prefieren hablar de temas relacionados a su sexualidad con una mujer proveedora de salud (Smith 2002).

Por tanto, el profundizar a nivel de las interacciones al interior de la relación proveedor/a-usuaria, permitirá apreciar los siguientes elementos adicionales: Percepción de la usuaria de que sus demandas son acogidas o no, capacidad resolutive de el/la proveedor/a, dar/recibir información, intercambio de opiniones, reciprocidad, agencia, toma de decisiones; como aspectos que en igual forma, podrían tener que ver con las preferencias de las usuarias en ser atendidas por un hombre o por una mujer. Al respecto, Murphy en un análisis de las interacciones entre cliente y proveedor señala: “Sólo el asesoramiento interactivo y dinámico puede determinar las necesidades, los riesgos, las inquietudes y las preferencias de las clientes en la etapa y la situación de su vida”. Y Bayley enfatiza el respetar el deseo de las usuarias, ya que el solo hecho de llegar a un establecimiento de salud, expresa que las usuarias tienen bastante claro lo que desean (Smith 2002).

Desde esta perspectiva, las representaciones sociales de las usuarias sobre el hombre o la mujer proveedor/a de salud en los SSSR permitirán el análisis de signos, símbolos y significados con orientaciones diversas; aportando elementos para entender la difícil y a veces la inextricable relación existente entre el pensamiento y el comportamiento social de la usuaria respecto a su preferencia para ser atendida por un hombre o por una mujer.

En este orden, las preferencias de las usuarias por un hombre o por una mujer en la atención en los SSSR como formas de actuar, se articularían con el sistema de vida de las usuarias como condición social; generadas al mismo tiempo por las interacciones establecidas en la sociedad a partir de tal sistema de vida que determina el “ser mujer”. No obstante, las preferencias por un hombre o por una mujer en la atención en los SSSR se encontrarían también vinculadas a las visiones o configuraciones sobre el mundo que tienen las mujeres usuarias; y de este modo, su forma de interpretar la realidad y su propio contexto de vida, conducirían conjuntamente sus acciones.

2.5 SER MUJER Y EL EJERCICIO DEL PODER

El “ser mujer”, al igual que el “ser hombre”, se construyen socialmente. Y al interior y el desarrollo de este proceso se define también la relación entre hombres y mujeres, fundamentada esencialmente en el ejercicio del poder de aquellos sobre éstas. Por ejemplo, en un estudio a nivel de sectores populares y urbano marginales, puede observarse la dificultad de los hombres para aceptar acciones independientes o toma de responsabilidades públicas de parte de las mujeres; lo que se traduce en la baja autoestima de las mujeres y la pobre valoración que los hombres tienen de ellas, a pesar de lo activas que son y de la enorme cantidad de problemas que son capaces de resolver (Oliart 1994).

Asimismo, la génesis del ejercicio del poder sobre la mujer, hunde sus raíces en la migración que se da en el contexto social de redes clientelísticas de carácter vertical o

aún servil, en el proceso de colonialidad del poder¹⁰. Esta modalidad de ejercicio de poder, es mucho más común en los años treinta y cuarenta, y que se mantuvo después en la migración de las mujeres por el servicio doméstico urbano. Frecuentemente, las jóvenes son reclutadas a partir de lazos de dependencia familiar. La “patrona” tiene poder¹¹, sobre la empleada más allá del vínculo laboral, haciéndose cargo del “cuidado” de la persona en representación de su familia de origen¹².

De ahí que a nivel de los servicios de salud, es justamente la dimensión del prestigio, de la importancia de el/la profesional de salud; la que de manera específica, tendría las consecuencias más directas o inteligibles en la producción de las representaciones sociales de las usuarias en torno al sexo y al género; pues esta dimensión alude a los conjuntos de posiciones o niveles que resultan de la aplicación de una línea particular de valoración social, de los mecanismos por medio de los cuales las usuarias y sus grupos sociales alcanzan determinados niveles o posiciones, y de las condiciones generales de reproducción de tal sistema de vida o estatus (Ortner y Whitehead 1997).

Al respecto, esta dinámica del poder presente en el contexto de los servicios de salud, específicamente en los SSSR; se da a conocer en relación a las explicaciones que las mujeres usuarias pueden ofrecer respecto a sus preferencias en la atención por un hombre o por una mujer proveedor/a de salud en: Salud en general, SSR y/o Planificación Familiar; ya que estarían reflejando en parte el punto de vista de sus proveedores de salud, lo que “quiere decir que la información proporcionada por estos profesionales se asume como única y verdadera, pues esta figura tiene un poder legitimado socialmente”. Además, en los discursos es posible hallar una descripción de la usuaria “vista” como una víctima, ignorante de las causas, en algunos casos dependiente de la medicina tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, reflejo de algunas de las características sociales de la identidad femenina, el sufrimiento y la dependencia, señalada por autoras como Szasz”(Pelcastre-Villafuerte y cols. 2001).

De este modo, no se haría necesario ejercer la discriminación directa o planificar “conspiraciones patriarcales” cuando se puede asegurar el privilegio masculino mediante la aplicación cotidiana de los procedimientos institucionales; en este caso, en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSSR). En este orden, para Lukes (en Kabeer 2001) existe una dimensión del poder en la que los conflictos de intereses pueden ser suprimidos no sólo en el ámbito de la toma de decisiones, sino en la conciencia de las personas involucradas; dominantes y subordinados aceptan una realidad social que niega las desigualdades o sostiene que éstas son producto de la desgracia personal y no de la injusticia social; respondiendo a una configuración del poder regida por patrones culturales y por prácticas institucionales, lo que obstaculiza que los conflictos entre grupos dominantes y subordinados puedan tener apertura ya que “modelan” los deseos, necesidades y preferencias de tal manera que todos aceptan sus roles en el orden existente.

¹⁰Quijano A. ¡Qué tal raza! p. 193. En: *Familia y cambio social* CECOSAM. Lima 1999.

¹¹Portocarrero G., Dominación total, 2007.

¹²Cárdenas L. Las tendencias de los modelos mentales en el Perú y en los centros populares urbanos. 1999

No obstante, Ortner sostiene que la acción humana se origina en las estructuras social y cultural. Por tanto, también indica que potencialmente, puede crearlas y transformarlas (en Yon 2000). De acuerdo a esto, si bien las mujeres se hallan “sumergidas” en estructuras sociales que las limitan en su capacidad de tomar decisiones haciéndolas vulnerables a diversos riesgos sexuales y reproductivos; en igual forma son actrices con intenciones propias, con ciertos márgenes y espacios para desarrollar prácticas y perspectivas alternativas. En el caso del Perú, país heterogéneo, multicultural y plurilingüe, tal vez sería posible establecer una gradiente que vaya desde las formas andinas tradicionales de organización social, comunal y familiar (a veces difíciles de distinguir entre sí), basadas en la reciprocidad (Albert y Mayer, 1974), la tenencia de la tierra, el trabajo colectivo y la representación social mítica de nuestros ancestros en común (Ordoñez, 1988) así como en las instituciones como el compadrazgo y el padrinazgo (Bourricaud, 1962; Núñez del Prado, 1973; Albert y Mayer, 1979), hasta pequeñas unidades familiares nucleares que conforman la inmensa mayoría del paisaje social urbano y que, económicamente, son principalmente proveedoras y receptoras de servicios, vendiendo su fuerza de trabajo dedicándose al comercio. No obstante ello, el patrón del poder sobre la mujer lo sigue ejerciendo el varón (Cárdenas, 1999).

2.6 AGENCIA FEMENINA

De ahí que, las relaciones de poder pueden parecer tan seguras y bien establecidas en los SSSR, que tanto las usuarias como los/las proveedores/as serían inconscientes de sus implicancias opresivas o de imaginar formas alternativas de “ser” y “hacer”. No obstante, para las mujeres usuarias puede resultar estratégico evitar o el tratar de minimizar situaciones conflictivas respecto a los hombres proveedores de salud, porque “entienden” que las normas y reglas están en su contra; o por el temor ante los costos posiblemente altos de una confrontación, que pueden hasta manifestar incapacidad para eludir las terribles consecuencias de su falta de poder. Estas estrategias pueden ser conscientes, pueden reflejar la real valoración de las mujeres respecto a sí mismas, pueden estar asociadas a preferir ser atendidas por un hombre o por una mujer, etc. pues “la injusticia de esta situación no es evidente si se presenta como la única forma de ser, o como algo natural e inalterable. Así pues, el poder tiene un aspecto subjetivo que es irreductible (Shklar 1990).

Por ello es fundamental determinar lo que es agencia (en Yon, 2000), esto es, el poder o la facultad de las personas para actuar o intervenir en una sucesión de sucesos o en un estado de cosas, por lo que los sujetos actuarían competentemente en un determinado contexto socio-cultural ya establecido, según su propia perspectiva; pudiendo contribuir a la vez, a generar un orden diferente, una distinta estructura de relaciones sociales; pues “son las reglas, normas, valores y prácticas sociales las que desempeñan un papel crucial en ocultar la realidad y el alcance de la dominación masculina y en reducir la tensión relacionada con los conflictos de género” (Kabeer 2001)

En este sentido, el poder o la facultad de actuar según su propia perspectiva influirían, en la decisión de preferir a un hombre o a una mujer en la atención de su SSR. Y, visto en esta forma, el poder no sólo residiría en la capacidad de algunas mujeres actrices de

iniciar, tomar y vetar decisiones respecto a si será un hombre o una mujer quien la atenderá, sino también en la capacidad de ejercer la toma de decisiones respecto a su cuerpo, su salud y su vida; a través de la lógica organizacional del sistema de servicios de salud.

Desde este contexto, la interpretación de las representaciones que las usuarias atribuyen a un hombre o a una mujer proveedor/a de salud puede realizarse desde una perspectiva émica, es decir, aproximándonos lo más cercanamente posible a los propios conceptos y lógicas de pensamiento de la población a estudiar; o desde una ética, esto es, desde categorías conceptuales y lógicas externas. (Yon, 2000).

Este estudio propone, desde una perspectiva émica reconstruir la lógica de las representaciones culturales y simbolizaciones de las usuarias sobre un hombre o una mujer proveedor/a de salud dentro de los contextos de las relaciones sociales en los cuales estas representaciones y simbolizaciones se elaboran; pues sus significados son contruidos intersubjetivamente y responden a las experiencias de seres sociales actuantes pertenecientes a ciertos contextos socio-culturales, dentro de los cuales los significados son interpretables e inteligibles. En este caso, a partir de los significados que las usuarias asocian y configuran respecto al sexo de el/la proveedor/a de salud, así como aquéllos que muestran su lógica para explicar la concepción, la realización y los efectos de la relación proveedor/a-usuaria en la SSR de las mujeres.

Finalmente, si queremos promover la agencia femenina, dicho sea de paso, para mejorar la calidad de vida de las mujeres, exige decisiones políticas audaces e inteligentes. Y por ende, la participación organizada y protagónica de muchas mujeres, para así evitar desde el que sean prisioneras de un marido abusador hasta el que estén expuestas a cualquier forma de agresión en las diferentes etapas de vida e interacciones que realizan dentro de una sociedad androcéntrica. Es por ello, que cobra trascendental importancia trabajar con las mujeres el “enfoque del desarrollo humano” y/o el “enfoque de la capacidad” o “de las capacidades” para la agencia (Nussbaum, 2012)

CAPÍTULO III: ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. CARÁCTER DE LA INVESTIGACIÓN.

Este estudio es de carácter exploratorio cualitativo.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

2.1 Objetivo general.

Analizar la relación entre las representaciones sociales que tienen las usuarias sobre el/la proveedor/a de salud y las preferencias por ser atendidas por un/a proveedor/a varón o mujer en el área de la salud sexual y salud reproductiva.

2.2 Objetivos específicos.

- 2.2.1. Explorar las representaciones sociales que tienen las usuarias sobre la mujer proveedor/a de salud y el varón proveedor de salud de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- 2.2.2. Analizar los elementos de la relación proveedor/a-usuaria que influyen en la preferencia de la usuaria por un hombre o por una mujer en la atención en salud sexual y reproductiva.

2.3 Definición operacional de variables.

1. Representaciones sociales asociadas a el/la proveedor/a de salud. Compleja trama de ideas, simbolizaciones y sentimientos que intervienen en la subjetividad de usuarias con respecto a el/la proveedor/a de salud, asociada a la construcción social de las identidades de género, y la relación de ambas con la salud sexual y reproductiva.

2. Preferencias de las usuarias respecto al sexo de el/la proveedor/a de salud. Conjunto de conocimientos, concepciones y valores de las mujeres usuarias sobre su cuerpo y su salud así como las posibilidades de hacerlas realidad, que se configuran y se significan en los diversos contextos de relación social en los que ellas cotidianamente interactúan y se relacionan.

3. Relación proveedor/a-usuaria. Es la relación interpersonal que incluye la comunicación socio-emocional entre el/la proveedor/a y la usuaria, focalizando las interacciones que se producen al interior de las mismas, a través de las diferentes “visiones” sobre el proceso salud-enfermedad y un conocimiento progresivo sobre la otra, no sólo de la persona en sí, sino de la función que cumple en una determinada situación.

2.4 Indicadores.

1. Para las representaciones sociales asociadas a el/la proveedor/a de salud,

I1.0. Significados asociados al proveedor de salud según sexo.

I1.1. Significado de mujer proveedora de salud.

I1.2. Significado de hombre proveedor de salud.

I1.3. Significados asociados a el/la proveedor/a de salud en salud sexual y reproductiva.

I1.4. Significados asociados a el/la proveedor/a de la salud en planificación familiar.

2. Preferencias de las usuarias respecto al sexo de el/la proveedor/a de salud.

I2.0 Existencia de preferencia vinculada a que la atención de salud en general sea brindada por un/a proveedor/a hombre o mujer.

I3.0 Existencia de preferencia vinculada a que la atención de salud en salud sexual y reproductiva (SSR) sea brindada por un/a proveedor/a hombre o mujer.

I4.0 Existencia de preferencia vinculada a que la atención de salud en planificación familiar (PF) sea brindada por un/a proveedor/a hombre o mujer.

I5.0 Relación entre preferencia y elección asociada a que la atención de salud en general sea brindada por un/a proveedor/a hombre o mujer.

I6.0 Relación entre preferencia y elección asociada a que la atención de salud en salud sexual y reproductiva (SSR) sea brindada por un/a proveedor/a hombre o mujer.

I7.0 Relación entre preferencia y elección asociada a que la atención de salud en planificación familiar (PF) sea brindada por un/a proveedor/a hombre o mujer.

I8.0 Relación entre preferencia y decisión asociada a que la atención de salud en general sea brindada por un/a proveedor/a hombre o mujer.

I9.0 Relación entre preferencia y decisión asociada a que la atención de salud en

salud sexual y reproductiva sea brindada por un/a proveedor/a hombre o mujer.

I10.0 Relación entre preferencia y decisión asociada a que la atención de salud en planificación familiar sea brindada por un/a proveedor/a hombre o mujer.

I11.0 Elementos que influyen en la preferencia o no preferencia de las usuarias con respecto al sexo de el/la proveedor/a de salud en SSR.

I11.1 Elementos vinculados al cuerpo.

I11.1.1 Diferencias respecto a si es la misma primera vez que va o ya tiene “historia” de atención periódica.

I11.1.2 Diferencias vinculadas a tener hijos o no tenerlos.

I11.1.3. Diferencias vinculadas a la edad (adolescente, joven, adulta).

I11.2 Elementos vinculados a la vergüenza.

I11.2.1. Diferencias respecto a si es la primera vez que va o ya tiene “historia” de atención periódica.

I11.2.2. Diferencias vinculadas a tener hijos o no tenerlos.

I11.2.3. Diferencias vinculadas a la edad (adolescente, joven, adulta).

I11.3 Expectativas sobre cómo debe ser la atención en salud sexual y Reproductiva (SSR).

3. Para la relación proveedor/a-usuaria.

I1.0 Comunicación socio-emocional.

I1.1 Impresión

I1.2 Simpatía.

I1.3 Empatía

I1.4 Confianza.

I1.5 Trato.

I1.6. Identificación.

I1.7 Atenciones previas

I2.0 Interacciones al interior de la relación proveedor/a-usuaria.

I2.1 Percepción de que sus demandas son acogidas o no.

I2.2. Capacidad resolutive.

I2.3 Dar/recibir información.

I2.4 Intercambio de opiniones.

I2.5 Reciprocidad.

I2.6 Agencia

I2.7 Toma de decisiones.

3. DISEÑO MUESTRAL.

La investigación a realizarse tendrá un diseño muestral intencional según criterio de la investigadora. Falta explicar los criterios de selección.

3.1 Universo.

Usuaris del programa de planificación familiar del centro de salud materno infantil "Tahuantinsuyo Bajo".

3.2 Muestra.

La unidad de análisis será una mujer usuaria del programa de planificación familiar. Teniendo una muestra de 20 usuarias, a efectos de la investigación.

3.3 Criterios de inclusión y de exclusión de la muestra.

3.3.1 Criterios de inclusión.

- Ser mujer en edad fértil (MEF). De 30 a 34 años.
- Usuaria del programa de planificación familiar del establecimiento de salud. (Consulta vinculada a método anticonceptivo (MAC)).
- Lugar de residencia: Área urbano periférica de la zona.
- Tiempo de residencia: 10 años.
- Tener hijos.

3.3.2 Criterios de exclusión:

- Estar embarazada.
- No tener grado de instrucción secundaria, como mínimo.
- Tipo de consulta: Consejería y orientación.

4. REALIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS.

Esta investigación se efectúa a nivel de la población que corresponde a la jurisdicción del centro materno infantil “Tahuantinsuyo Bajo” en el distrito de Independencia, en Lima. Las usuarias del servicio de planificación familiar que fueron entrevistadas habitan en: Urbanización popular Tahuantinsuyo, urbanización popular Payet, urbanización popular Víctor Raúl Haya De La Torre, la asociación de vivienda Abelardo Quiñones y los asentamientos humanos de los cerros colindantes. (Red de salud Túpac Amaru 2015)(Municipalidad de Independencia 2011-2021)

La zona en estudio es bastante heterogénea, ya sea en relación al origen de la procedencia de su población como también en cuanto a su perfil socio-económico. Hay que señalar, que dadas las dinámicas de migración y asentamiento, se observa una diferenciación entre lo que se denomina urbanización popular (UP) y asentamiento humano (AH). (Congreso de la República, 2006)

Al respecto, la urbanización popular corresponde a un planeamiento ordenado, una lotización y la contratación de una compañía constructora para el diseño; mientras que el asentamiento humano es formado por una invasión de terrenos, ya sean estatales o privados. Asimismo, los asentamientos humanos de la zona de estudio, están situados en las laderas de los cerros; haciendo más limitada la accesibilidad a todo tipo de servicios que en el caso de las urbanizaciones. Así, los asentamientos humanos se ubican en un estrato socio-económico con más problemas serios de servicios básicos e infraestructura de vivienda, lo que sería un indicador más realista de las diferencias entre una UP y un AH (Municipalidad de Independencia, 2015)

En estos escenarios, las entrevistas se efectuaron en días de semana y domingos en las casas de las entrevistadas, generalmente por la tarde a partir de las 3 pm con una duración de 1 a 1.5 horas. El piloto tuvo lugar a las 8 pm mientras que dos entrevistas se desarrollaron por la mañana, a las 9 am.

La captación de las entrevistadas se realizó a través de dos mujeres líderes de la comunidad y de las obstetras del establecimiento de salud, con quienes se conversó y coordinó previamente. En relación a las mujeres líderes, una es profesora de educación inicial de una institución educativa de la Urbanización Tahuantinsuyo; y otra fue promotora de salud del Centro Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo” así como es socia del Club de Madres “Túpac Amaru –Tahuantinsuyo” en la Urbanización Payet.

Las mujeres líderes de la comunidad al igual que las obstetras contactaron a las usuarias entrevistadas, las que aceptaron voluntariamente participar en esta investigación. Asimismo, todas las entrevistadas tuvieron conocimiento del propósito de este estudio. Al respecto, antes de realizar la entrevista propiamente dicha, se conversó con todas las mujeres participantes para certificar que reunían los criterios de inclusión de la investigación, es decir hubo una sesión previa con cada entrevistada. En estas

reuniones se acordaba con la mujer a entrevistar, el lugar y la hora donde se realizaría la entrevista, que se adecuaron a la disponibilidad de tiempo de las entrevistadas.

Es pertinente señalar que todas las entrevistadas manifestaron disposición y comodidad en su participación en el estudio, expresando su reconocimiento de poder tener la oportunidad de hablar sobre sus sentimientos, opiniones y experiencias. Todas las entrevistas fueron grabadas con la autorización de las entrevistadas, quienes demostraron su interés y colaboración en esta investigación. Durante el desarrollo de las entrevistas, expresaron atención y locuacidad en todas sus intervenciones al responder las preguntas que se formularon.

Existieron situaciones en las que algunas de sus respuestas se realizaron en base a comentarios graciosos, los que provocaron risas por ambas partes. Y además, en ciertos pasajes de la entrevista, se observó algún grado de movilización emocional al evocar algunas circunstancias de su vida. Sin embargo, al preguntárseles si deseaban detenerse en la entrevista, respondieron que deseaban continuar hasta finalizar la misma. Donde indicaron que de una u otra forma esta entrevista ha sido para ellas una experiencia en la que pudieron hablar de muchas cosas que han vivido, piensan y sienten; aspectos que así nomás no tienen la oportunidad de conversar con otras personas.

Asimismo, es durante la realización de las entrevistas que surgieron algunas pautas de análisis relacionadas más bien a la edad del hombre o de la mujer profesional de salud como un elemento asociado al sexo de el/la proveedor/a de salud que se agregaría al determinar las preferencias de las usuarias en ser atendidas por hombres o mujeres proveedores de salud.

Otro aspecto, es que las preguntas relativas al cuerpo, zonas íntimas y examen físico de las mismas, de una u otra forma generaron movilización emocional en las entrevistadas ya que todas expresaron haber experimentado algún grado de vergüenza e/o incomodidad ante el hombre profesional de salud. Más aún, en aquellos casos en que algunas de las entrevistadas se sintieron vulneradas física y emocionalmente; lo que podría asociarse, además de sus preferencias en ser atendidas por mujeres profesionales de salud, a violencia física y psicológica como una pauta de análisis que se observó en los discursos de las entrevistadas.

Además, por el hecho que estas situaciones atentan contra la libertad y otras garantías inherentes a todo ser humano, ofrecería otra pauta de análisis desde la perspectiva de los derechos humanos. Al respecto, el explorar en las experiencias de las entrevistadas ha permitido acceder a todo un universo de realidades y posibilidades nuevas, susceptibles de investigación.

5. METODOLOGÍA: Cualitativa exploratoria.

Como dice Adrián Oscar Scribano (2008): “Los instrumentos cualitativos se constituyen en la relación intersubjetiva, casi podríamos afirmar que son una interrelación en sí mismos. El investigador se encuentra con sujetos, cuerpos y artefactos directamente en una relación a cara descubierta. Estos rostros y estas acciones viven y reproducen todas

las facetas de una relación intersubjetiva cualquiera; lo que la particulariza es lo que hemos denominado su intencionalidad negociadora”. Para Marshall y Rossman existen cuatro técnicas primarias para llevar adelante una investigación cualitativa a saber: a) Participación, b) Observación, c) Entrevistas en profundidad y d) Revisión documental”.

6. TÉCNICA DE RECOJO DE INFORMACIÓN: Entrevistas a profundidad.

Estas fueron entrevistas personales donde se hizo una indagación exhaustiva habiendo logrado que las entrevistadas hablen libremente y expresen en forma detallada sus motivaciones, creencias y sentimientos sobre el tema (Mejía Navarrete, 2002).

7. PERTINENCIA DE LA TÉCNICA PARA EL PRESENTE ESTUDIO.

La entrevista a profundidad facilita la comunicación entre dos interlocutores. En este caso, entre el investigador y el sujeto, lo que nos permitirá obtener respuestas más precisas a las preguntas planteadas. La entrevista a profundidad se constituye en un proceso transaccional o de negociación que se desarrolla en el contexto de una interacción social, la que incluye restricciones de tiempo, status desiguales y móviles muy diversos.

Asimismo, favorece el acceder a una información más completa ya que permite el estudio de variables complejas (representaciones sociales, valores, creencias, significados, etc.) que sólo podrán investigarse durante la elaboración de un discurso. Es decir, el aproximarse a las representaciones del sujeto de investigación, partiendo de su vivencia y experiencia personal; esto es, de la intimidad de la persona.

Al respecto, Vásquez del Águila (2001) señala que las principales ventajas de esta técnica consisten en que se puede aplicar a cualquier persona y permite observar gestos, tonos de voz, pausas de los entrevistados que complementan la narración oral de éstos.

En este orden de ideas, la entrevista a profundidad se constituye en una técnica de recolección de información mediante la interacción entrevistador/a-entrevistado/a pero también se erige un área de espacio y tiempo dentro del cual los datos recolectados son contruidos o configurados a partir de una relación de diálogo; y a la vez, en una fuente constitutiva de conocimiento en base a tal proceso de interacción.

De ahí que la entrevista a profundidad, se ubique dentro de la estrategia metodológica que ordena su secuencia lógica en forma consecuente, en el marco de un contexto de formulación general de conocimiento y comprensión de los fenómenos. Además de ser el espacio de conocimiento mutuo, donde tienen lugar las manifestaciones o expresiones producidas durante la relación entrevistador/a-entrevistado/a, así como donde se producen los efectos sobre el propio proceso de investigación.

Si bien es cierto que existen diversas formas de comprender y aplicar la entrevista a profundidad, desde los modelos abiertos hasta los cuestionarios cerrados, en esta investigación se considera lo referido por Rivas (1996) al indicar que una entrevista

podría ofrecer datos a profundidad, mientras posibilite la integración de procesos en torno a la temática, y permita destacar relaciones existentes entre los enunciados, configurando escenarios que incluyan las descripciones dentro de su contexto e incorporar experiencias de los sujetos, yendo más allá del hecho empírico dotándolo de cualidades y apreciaciones específicas, apoyando una relación de diálogo entre el/la entrevistador/a y el/la entrevistado/a, reconociendo la implicación de este último.

Además, para obtener respuestas verbales a las preguntas formuladas sobre el problema de investigación, la entrevista a profundidad permite acceder a una información más completa. Brinda la oportunidad de explicar el propósito del estudio, dar la información necesaria y aclarar las preguntas para garantizar mejores respuestas.

Asimismo, la entrevista a profundidad, entendida como comunicación interpersonal entre el/la entrevistador/a y el/la entrevistado/a permitirá establecer la calidad de la respuesta en los casos que ofrezcan dudas respecto a la validez o la confiabilidad de los datos recolectados, a la vez de ser aplicable a toda persona según registra la OPS (1994).

8. INSTRUMENTO: Guía de entrevista a profundidad (estructurada).

9. ASPECTOS ÉTICOS CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO.

Las entrevistadas de esta investigación fueron informadas sobre el estudio y su posterior utilización, dado que todo estudio referente al ser humano respecto a la salud en distintas circunstancias y contextos hace necesario la relevancia de las condiciones éticas, ya sea en el área de las ciencias médicas como para las del área social. Al respecto, se ha identificado un “espacio” progresivamente amplio donde interaccionan y/o se encuentran los objetivos, métodos y poblaciones de ambos tipos de estudio; siendo cada vez más imprecisos los límites entre ambos, entendiéndose que “todo estudio biomédico tiene sus dimensiones sociales, y las investigaciones sociales también incursionan en aspectos corporalmente vividos de la experiencia humana” (Rance 2002).

Para ser entrevistada cada una de los sujetos, deberá haber expresado su voluntad explícita de participar en la investigación; lo que será garantizado por la responsable del estudio. En este sentido, como toda investigación o experimentación adecuada en seres humanos se hará de acuerdo a las pautas éticas internacionales del Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (1993: 11-12) que señala una clara exposición de tres principios generales que guían a todo protocolo. Tales principios son: Respeto a las personas, la búsqueda del bien y de la justicia (Rance 2002).

La aplicación de tales principios favorecerá el abordaje de experiencias particulares y concretas por las cuales se haga evidente el reflejo de una realidad social, así como al contemplar la diversidad de perspectivas como claves o grupos humanos que ampliará y superará todo parámetro al respecto, relevando sus diferencias y valoraciones en un marco de equidad e integralidad (Fascio 2000).

La confidencialidad y el anonimato de las participantes, se garantizará recurriendo al uso de seudónimos, en una clara coherencia con el respeto a la autonomía y la protección de personas con autonomía menoscabada o disminuida, para lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo el daño y la equivocación, durante la realización de la investigación; correspondiendo por lo menos en esta forma, a la participación de la entrevistada en las actividades de la investigación (Rance 2002).

Es importante tener en cuenta que se buscará realizar una relación más simétrica con las entrevistadas, debido a que el impacto de las relaciones de poder es fundamental como un aspecto a no ignorarse ú ocultarse en el análisis de los hallazgos, en la elaboración y presentación del informe (Rance 2002). Al respecto, propugnaría un análisis multifactorial e integral de relevancia general entronizando la permanencia del proceso de concientización dentro de la investigación (Fascio 2000).

CAPÍTULO IV: PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.1 PLAN DE ANÁLISIS.

Es un análisis del discurso.

4.2 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

La elaboración de las categorías de análisis se realizó en relación a las representaciones sociales de las usuarias asociadas a el/la proveedor/a de salud según sexo, que inciden en la preferencia por un hombre o una mujer en la atención en salud sexual y reproductiva. A continuación, se detallan:

1. Importancia de el/la proveedor/a de salud.
2. Importancia del sexo de el/la proveedor/a.
3. Elección del sexo de el/la proveedor/a para la atención según área de consulta.
4. Relación entre preferencia y elección de el/la proveedor/a para la atención.
5. Decisión de atenderse según sexo de el/la proveedor/a para la atención.
6. Relación entre preferencia y decisión de atenderse por un proveedor varón y una proveedora mujer.
7. Elementos que influyen en la preferencia de las usuarias con respecto al sexo de el/la proveedor/a de salud en salud sexual y salud reproductiva.
 - 7.1 El examen del cuerpo.
 - 7.2 La vergüenza.
 - 7.3 La vergüenza asociada a:
 - 7.3.1 La edad de la usuaria
 - 7.3.2 Número de atenciones de la usuaria
 - 7.3.3 Número de hijos de la usuaria
 - 7.4 Elementos vinculados a la zona genital
 - 7.5 Elementos vinculados a la zona genital asociada a:
 - 7.5.1 La edad de el/la proveedor/a de salud
 - 7.5.2 Número de atenciones con el mismo/a proveedor/a de salud
 - 7.5.3 Número de hijos de el/la proveedor/a de salud
8. Experiencias personales de vergüenza.
9. Comunicación socio-emocional según el sexo de el/la proveedor/a.
 - 9.1 Impresión
 - 9.2 Simpatía
 - 9.3 Confianza
 - 9.4 Trato
 - 9.5 Empatía
 - 9.6 Expectativas sobre los/las proveedores/as de salud.
 - 9.6.1 Cualidades personales de el/la proveedor/a.
 - 9.6.2 Cualidades profesionales de el/la proveedor/a.
 - 9.7 Atenciones previas.
10. Interacciones al interior de la relación proveedor/a-usuaria.
 - 10.1 Percepción de que sus demandas son acogidas o no.
 - 10.2 Capacidad resolutive.
 - 10.3 Intercambio de información.

- 10.4 Intercambio de opiniones.
- 10.5 Reciprocidad de preguntas y respuestas.
- 10.6 Oportunidad de obtener agencia.
- 10.7 Toma de decisiones.

4.3 DISCUSIÓN METODOLÓGICA.

El presente estudio tiene como objetivo central analizar qué representaciones sociales de las usuarias inciden en la preferencia del sexo de el/la proveedor/a en la atención en salud sexual y reproductiva.

En este sentido, se utilizó un instrumento de investigación cualitativa para la recolección de la información ya que permite obtener respuestas más profundas y detalladas sobre cómo piensan y sienten las personas que están participando en el estudio y además explica el porqué de las acciones y los sentimientos, lo que conlleva a un proceso de descubrimiento donde entender la realidad tal como la construyen las personas entrevistadas; de ahí que como investigadora se proceda a entender el significado de las actividades y creencias dentro de su propio contexto socio-cultural. Desde esta perspectiva, se construyó como instrumento de recolección de información directa, una guía de entrevista en profundidad semiestructurada, la que se aplicó a cada entrevistada.

La entrevista a profundidad, utilizada como técnica de investigación ha facilitado la comunicación con las entrevistadas, resultando adecuada para obtener respuestas más precisas a las preguntas realizadas, al permitir aproximarnos a la intimidad de las entrevistadas.

Hay que señalar que todas las entrevistadas manifestaron disposición e interés en su participación en el estudio, expresando su reconocimiento de poder tener la oportunidad de hablar sobre sus sentimientos, opiniones y experiencias. En este orden, la aplicación del segundo piloto permitió terminar de adecuar el instrumento para las entrevistas subsiguientes, complementando la aptitud del instrumento con los aportes y las sugerencias vertidos por expertos. Durante la recolección de la información se grabaron todas las entrevistas porque siempre lo permitieron las entrevistadas, se tomaron notas en cada entrevista. Y para el procesamiento y análisis de la información, se procedió a la desgrabación de las entrevistas a partir de la atenta escucha de las grabaciones y la lectura de los apuntes; las que fueron revisadas mediante el programa de Atlas Ti

Sobre el programa de Atlas Ti, su utilización en este estudio ha permitido hacer un análisis de las recurrencias en los discursos de las entrevistadas, reconstruyendo opiniones de dominio general en las participantes del estudio. Su pertinencia está fundamentada en el grado de correspondencia que permite establecer entre los objetivos, variables e indicadores del estudio con las interrogantes y categorías de análisis de la misma investigación, como mecanismo o técnica que se selecciona para la realización del presente estudio.

Además, resulta suficiente en la medida que el conjunto de acciones que este programa permite realizar con la información recolectada, favorecería un análisis más amplio y detallado. Por otro lado, mostraría eficacia en cuanto al hecho de poder realizar una

síntesis crítica según los avances realizados en el desarrollo del análisis de la información, para desde esta posición dar una mirada crítica al procesamiento y análisis de la información de esta investigación.

4.4 ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS.

I. Importancia de el/la proveedor/a de salud

1. Significados asociados a el/la proveedor/a de salud.

Todas las usuarias expresaron de una u otra forma el deseo de recibir una buena atención. Sin embargo, algunas usuarias fueron más detalladas en lo que entienden por buena atención. Una usuaria manifiesta “Espero que sea amable, que sea muy paciente y sobre todo minuciosa ¿no?, o minucioso”. Otra usuaria comenta “Que me trate bien pues, no?”. Otras usuarias más expresan “Bueno, lo que yo espero realmente es que ¡me diga la verdad! ¡Lo que es cierto!”, “...que te atienda bien y que sea estéee..... Lo más humano posible”. Y otra agrega “Sí es importante porque nos informan y, a la vez nos atienden”.

Al respecto, todos los seres humanos manejamos algún tipo de valoración en cualquier etapa de nuestras vidas que guarda relación con experiencias sociales previas. Este deseo de recibir una buena atención, declarado en la expresión “porque hay muchas cosas que nosotros desconocemos y precisamente son ellos los encargados de aclarar esas cosas ¿no?”, manifiesta las expectativas de quienes las han construido, en “A veces el paciente no se siente seguro de... de tener confianza, de contarle a fondo qué es lo que está sucediendo ¿no?”. A través de las propias experiencias anteriores y de las experiencias de otras personas, que son referentes de su entorno, que se denotan en los comentarios “Que tenga paciencia, que me explique la enfermedad que tengo y que me informe de cómo debo de cuidarme” y “Que nos hagan entender los pro ¿no? y los contra de todos....las ventajas de cada anticonceptivo...¡De cada método, mejor dicho! ¡Ajá!”

En ese sentido, las usuarias se identificaron en un grupo de referencia. Las usuarias han diseñado un conjunto de ideas sobre qué les corresponde por derecho y de hecho esperar, para personas de su condición o identidad de grupo, respecto a las/los profesionales de la salud que las atienden.

Esta identidad de grupo, es la que posiciona a las/los profesionales de la salud, en conocedores y responsables de la información y la resolución de los procesos de salud y enfermedad, cuando las usuarias se acercan a un servicio de salud; al igual que cuando se acercan a otros servicios de su comunidad.

II. Importancia del sexo de el/la proveedor/a

2. 1 Significados asociados al sexo de el/la proveedor/a de salud

En la atención de la usuaria, el sexo de el/la profesional que la atiende es trascendental, mucho más si la realización de la atención involucra la revisión de áreas corporales consideradas partes íntimas.

...Porque me parece que la mujer... la mujer entre mujeres es más confianza, no hay mucha vergüenza, ...con un hombre, como sería en el caso de un hombre (Ana).

Yo prefiero que sea mujer que hombre porque me da un poco de vergüenza y me pongo nerviosa (Belinda).

Los significados asociados al sexo de el/la proveedor/a de salud hallados en las expresiones de las usuarias, se sitúan dentro del conjunto de las representaciones sociales que han sido de construidas y reconstruidas por las mujeres usuarias, a través de las diversas interacciones en diferentes entornos, en el desarrollo de sus vidas.

Sí...quizás por el temor al hombre, no sé....Siempre he preferido que me atienda una mujer...(Olivia).

¡Sí! Porque....Es estéee....Bueno, una como mujer confía más en otra mujer de su mismo sexo ¿no? (Romina),

Al respecto, las representaciones sociales sobre el sexo de el/la proveedor/a de salud identifican dos elementos facilitadores para la atención por el proveedor o por la proveedora de salud: El cuerpo y la vergüenza. Las usuarias atribuyen diferentes visiones de su cuerpo por parte de el/la proveedor/a de salud en manifestaciones que expresan su disconformidad o aceptación hacia el proveedor de salud y la proveedora de salud, a través de la presencia o ausencia de vergüenza experimentada durante el examen físico.

...A mí me han dicho que la ecografía no es para que... te manoseen ¿no? tus partes íntimas. Pero ese doctor me trató de manosear mis partes íntimas. Y yo como era primera vez, y no sabía. Y él me lo hizo, me estaba manoseando (Belinda).

Ehhh, a una mujer le puedes decir todas tus cosas ¿no? y.... Y es como que te mire una mujer con una mujer, pero un hombre es diferente ¿no? (Irma).

De ahí que las representaciones sociales de las usuarias sobre el/la hombre o mujer proveedor/a de salud revelan formas de pensamiento asociadas al sexo de el/la proveedor/a de salud que direccionan las relaciones que establecen con el medio que las rodea.

No, para mí de preferencia....Que sea una mujer. O sea, yo sé que eso es igual porque los dos son profesionales ¿no? pero uno como mujer prefiere uno de su mismo sexo ¿no? (Marie).

Estas relaciones responden a las condiciones y los entornos en que se generan las representaciones sociales, a los tipos de comunicación con que se difunden, a las funciones existentes dentro de las múltiples interacciones entre mujeres y hombres, en la sociedad ¹³.

Es por la confianza.....¿No? porque bueno....somos iguales ¿no? Y es muy diferente a un....a un profesional varón ¿no? Que...que....no está la confianza de decirle....de decirle los problemas que tú tengas o lo que te esté pasando ¿no? Como...¡Es algo íntimo! (Romina).

Asimismo, el medio en que se desenvuelven las usuarias no está exento de relaciones de género, reforzando las representaciones sociales de las mismas sobre el hombre o la mujer profesional de salud, en contraste al paradigma de mujer que ella misma ha elaborado. La usuaria establece relaciones con el/la proveedor/a de salud, en proporción

¹³ Cortés S.; "El cuidado como objetivo político-social, una nueva mirada desde la ética del cuidado" en Panel 6: Apoyos privados y públicos para la crianza saludable y para la atención idónea a las situaciones de dependencia. III Congreso anual de la Reps. España, Universidad pública de Navarra, 2010.
(http://www.unavarra.es/digitalAssets/158/158837_6_p-CortesPerez_eticalCuidado.pdf)

a que el otro, la otra o ambos, transmitan y evidencien las representaciones sociales que la usuaria les reconoce y demanda desde su propia perspectiva de lo que significa ser mujer.

Al mismo tiempo, elabora representaciones sociales en función del hombre, de la mujer o de ambos profesionales de la salud, desde la personal auto visión de su cuerpo por la mujer usuaria. Donde el cuerpo de la mujer usuaria, es el ámbito físico privado de su historia personal y social, que responde y cumple la construcción biológica del orden de vida hecho por la sociedad.

Y a la vez, este cuerpo es el que determina o reconfigura las variaciones de los significados y contenidos que recibió de la sociedad. Así, el ser mujer, la seguridad, el respeto y la representatividad, están implícitos y/o explícitos al elegir a un hombre o a una mujer como proveedor/a de salud.

2.2 Significados asociados a diferencias de atención según sexo de el/la proveedor/a de salud.

Las usuarias otorgan las mismas capacidades, habilidades y conocimientos al hombre proveedor de salud y a la mujer proveedora de salud. Sin embargo, en las manifestaciones es un valor agregado, el hecho de que el profesional que las atiende sea mujer cuando se tratan temas de carácter íntimo para ellas o del acceso a su cuerpo a través del examen físico.

Me gustaría que fuese mujer porque entre mujeres hay mucha más confianza lo que no hay en un profesional varón... porque hay temas más importantes...(Ana).

Las preferencias de las usuarias si bien van asociadas a la confianza, en realidad encuentran su fundamento en este elemento. Que a su vez se ve favorecido por la identidad de género que se desarrolla con la mujer proveedora de salud. Y que asimismo, le permite expresarse en los diferentes temas de interés que desde su perspectiva de usuaria pero muy en forma interna como mujer, considera de mayor relevancia a ser abordados solo con alguien que pueda aproximarse a su condición de ser femenino.

Por lo que es hombre, no sé. Pienso que algo hay y después va a murmurar. No sé... más me siento cómoda con que sea una mujer (Belinda).

El hombre proveedor de salud por ser hombre, representa para la usuaria, la presencia de un proveedor de salud que posee una mentalidad con prejuicios de género. Que distante de la ética profesional, no le garantiza confidencialidad alguna. Todo lo contrario ocurre con la mujer proveedora de salud, que por ser de su misma condición femenina, significa la libertad y la confianza de expresarse con un par; sin el riesgo de exponerse al cuestionamiento o crítica, ajenos a su demanda de atención.

Claro, sí. Si existen diferencias porque como te dije una mujer estéee.... te comprende (Florencia).

La diferencia de género entre la mujer proveedora de salud y el hombre proveedor de salud, permite hacer aflorar la identidad de género en la mujer usuaria, a través del reconocimiento en la proveedora de salud, de ser poseedora del cuerpo femenino que le da la "validación de género". Es decir, la califica como ser humano semejante, capaz de experimentar las mismas emociones, sentimientos, riesgos, situaciones, etc. por su condición de mujer.

Bueno, para mí mayormente que sea una mujer porque al menos hay cositas íntimas de la mujer que no se puede preguntar a un varón ¿no? (Helena).

La identidad de género que llega a establecer la usuaria en relación a la mujer proveedora de salud, puede determinar su preferencia de atención por la misma. Más aún cuando se trata de temas femeninos muy personales, en los que por su condición femenina, la proveedora de salud le puede ofrecer y garantizar confidencialidad.

Asimismo, las representaciones sociales sobre el/la proveedor/a de salud que tienen las usuarias en los comentarios, determinan los procesos de comunicación, comprensión y control del entorno real e inmaterial que las rodea, en relación a las condiciones y el contexto de la atención en salud.

...o sea temas más íntimos en que una paciente puede conversar, puede preguntar, puede tener alguna pregunta, alguna inquietud, que en confianza –al menos yo- podría pedirle a la doctora...(Ana).

Al identificarse la mujer usuaria con la mujer proveedora de salud, la ha calificado de su género y como tal la valida. Pues a diferencia del hombre proveedor de salud, la proveedora de salud por ser mujer, representa mejor la confidencialidad, la privacidad, la discreción; sin cuestionamiento alguno.

Porque a veces los varones piensan también un poco por su lado de su.... digamos estéee por su lado de su.... de esto como se llama, de su sexo ¿no? En cambio en una mujer.... como también a veces eh hay doctoras profesionales también que pasan por lo mismo ¿no? Entonces a sus pacientes con mayor experiencia estéee nos apoyan, nos ayudan ¿no? moral y también estéee en el sentido de que ya nos tratan como.... como doctoras ¿no? a sus pacientes (Helena).

Pues en estos procesos de representación, la particular visión de la mujer usuaria sobre el cuerpo femenino, el propio y el de la otra, le adjudica una caracterización subjetiva y social. Esta identificación individual y grupal, es la que se manifiesta en el ejercicio de expresiones, prácticas, controles y conocimientos sobre el cuerpo de la mujer, durante la atención por la mujer proveedora de salud respecto a la atención por el hombre proveedor de salud.

Es más....De preferencia....es más....estéee.....O por la confianza pues de una mujer igual que uno ¿no? a que un hombre ¿no? ¡Desconocido, más sobre todo! (Risas). ¡Eso, sí! (Marie)

La usuaria no solamente reconoce a la proveedora de salud como poseedora del cuerpo femenino sino que este hecho comprobado representa la semejanza del ser mujer que puede dar apertura a relaciones de tipo horizontal o entre pares. A la vez que el acceso hacia “la otra”, que le resulta cercana y familiar, debido a su mutua e igual condición femenina.

...Porque ha pasado casos en que yo me he sentido...un poco intimidada por un hombre ¿no? o sea un...un especialista. En cambio...más confianza tengo...con una... una especialista mujer ¿no? (Nereida).

No resulta ilógico pues, que la ausencia del cuerpo femenino en el hombre proveedor de salud, no solo represente el ser diferente de ella para la usuaria; sino la existencia y/o la posibilidad de un espacio que puede conllevar a la desigualdad de condiciones dentro de la relación hombre proveedor de salud-usuaria. Más aún que por lo masculino, signifique desde lo desconocido y lejano, hasta lo peligroso y amenazador. Que por ser distinto a la usuaria, el hombre proveedor de salud le resulta totalmente extraño. Ya sea como persona al igual que como profesional de salud, dentro de un sistema de servicios de salud, de evidente organización patriarcal.

Por otro lado, las usuarias que expresaron posiciones ambiguas o contradictorias, evidencian conocimientos y experiencias donde las relaciones de género han dirigido y permeado sus construcciones sociales. En estos casos, el hecho de “saber” qué esperar tanto de la mujer proveedora de salud al igual que del hombre proveedor de salud, alude a una posición expectante cuando no pasiva, acerca de los servicios y atenciones que mujeres y hombres profesionales de salud ofrecen por igual en relación a su formación académico profesional. Y en ese orden, no es menos de imaginar la conformación del sistema de servicios de salud cuya estructura se encuentra distante de ser concebida en función de las preferencias de las usuarias.

Más aún que estas preferencias son facultades inherentes a todo ser humano y como tales fueron soterradas durante sus procesos de socialización. Este desconocimiento se hace patente en estas usuarias cuando al manifestar su indiferencia o contradicción de atención respecto a la mujer proveedora de salud, ubican su accionar en un marco valorativo de autoridad y ensalzamiento en base a lo que el otro representado por el hombre proveedor de salud, decida sobre ellas; recibiendo y aceptando sin mayor cuestionamiento lo que “el otro” decida, porque ese es el comportamiento que aprendió en el contexto de una sociedad patriarcal.

Un comportamiento de vida que la excluyó del pensar, valorarse y decidir por sí misma; en aras del pensar, valorar y decidir a favor de los demás antes que para sí misma; como rasgos innegables y relevantes de lo que significa ser mujer dentro de una organización social androcéntrica, que pretende perpetuar lo masculino ante lo femenino.

2.3. Significado de la mujer profesional de salud en la atención de salud general, salud sexual y salud reproductiva, planificación familiar.

2.3.1 Atención en salud general.

Durante las atenciones de salud relacionadas con pulmones, garganta, hígado, riñones, etc., las representaciones sociales de las usuarias sobre la mujer proveedora de salud en relación al cuerpo femenino, destacan la igualdad de conocimientos, habilidades, responsabilidades y competencias de todo/a profesional de salud; agregados ante el hecho de ser mujer proveedora de salud, no siempre expresado de manera explícita en “Claro, yo pienso que la mujer profesional es la más indicada para hablar de estos temas a otra mujer”.

Al respecto, se puede apreciar que las usuarias identificaron el cuerpo femenino como el espacio privado de toda mujer; de ellas mismas y las demás mujeres, como lo declara una usuaria en: “Bueno no, porque en este caso no nos está viendo pues las partes íntimas de la persona ¿no?”. Sin embargo, a través del sentido de propiedad, de tener y poseer este territorio femenino, han establecido en sus propios cuerpos, lo que ellas definen como íntimo y muy íntimo en un contexto de privacidad.

Han categorizado las diferentes áreas corporales del cuerpo femenino en la expresión de otra usuaria “¿Cómo te puedo explicar? Son.... eh.... ¡Claro! Porque no.... ¡No son partes muy privadas, pues!”, donde los espacios correspondientes a los órganos sexuales y reproductores son conceptualizados como partes íntimas o partes muy privadas. En ese sentido, si bien se reafirma la privacidad de todo el cuerpo femenino, se destaca como muy íntima la zona donde se ubican los órganos sexuales femeninos;

precisamente porque esta área, es la que le avala como mujer, la esencia de su ser femenino.

2.3.2 Atención en salud sexual y salud reproductiva.

Las representaciones sociales de las usuarias sobre la mujer proveedora de salud en relación al cuerpo femenino, identificadas en “Yo preferiría que sea mujer porque a los... a los hombres yo... mayormente yo les tengo... a los hombres... vergüenza... porque... ya, ya me ha pasado, pues ¿no?. Experiencias que me han tocado doctores así. Esteee... que se pasan mejor dicho, con la paciente”; más bien resaltan cual valor intrínseco el hecho de que la proveedora de salud sea mujer.

No solamente realizan esta diferenciación ante la igualdad de conocimientos, habilidades, responsabilidades y competencias de todo/a profesional de salud; sino que desde la perspectiva de la usuaria, es innegable y da por descontado, que cualquier profesional de salud sea hombre o mujer, debe tener una formación académica profesional esmerada y de calidad; que involucre tanto lo concerniente a los conocimientos recibidos como en relación a la experticia adquirida. Sin embargo, la usuaria contempla un aspecto más, la vivencia. Que es otorgada e identificada en el/la proveedor/a de salud que posee el cuerpo femenino.

...la mujer siente vergüenza de que.... de ser revisada ¿no? las partes íntimas. Y prefiere que una mujer lo haga porque es de su mismo sexo (Gabriela).

Este proceso de reconocimiento de la vivencia, es el que la conlleva a darse cuenta de que si bien ambas son poseedoras del cuerpo femenino: El cuerpo femenino de la usuaria es su cuerpo femenino, y el cuerpo femenino de la proveedora de salud es el cuerpo femenino de la otra. En donde, la noción de tenencia de la usuaria, se halla asociada al sentido de propiedad que cada mujer puede desarrollar respecto a su propio cuerpo. Y por ello mismo, la valoración personal y por los demás, del cuerpo femenino en general. Que resulta más evidente y creíble en otra mujer como ella, que a la vez es profesional de salud.

... Bueno, preferentemente yo prefiero que sea una mujer porque como son cosas íntimas de una mujer entonces estéee.... más confianza hay con una mujer ¿no? En cambio con un médico siempre, siempre hay recelo (Helena).

Todo lo contrario acontece con el hombre proveedor de salud. La ausencia del cuerpo femenino hace inviable el proceso de reconocimiento. El cuerpo del otro no es como el suyo. El sentido de tenencia, en este caso, da lugar además, al sentido de preservación de su integridad ante el otro.

En ese orden, el cuerpo femenino que es categorizado por las usuarias en sus declaraciones, al reconocer como partes íntimas o partes muy privadas las áreas corporales donde se ubican los órganos sexuales y reproductores, en sus propios cuerpos y en los de otras mujeres, establecen una relación de semejanza que lleva consigo un conjunto de expectativas sobre la proveedora de salud por ser mujer.

Pues estas partes íntimas o partes muy privadas son las que fundamentan la noción de ser mujer; en ellas mismas, y a la vez, en otras mujeres. De ahí que el cuerpo femenino adquiere doble connotación para las usuarias.

El cuerpo femenino ante las propias usuarias, se constituye en una realidad estática que ha sido ubicada y elaborada por un determinado contexto social, como una condición

fija e invariable. Donde tiene que aceptar, asumir e interpretar el cúmulo de mensajes, informaciones y valoraciones recibidas.

El cuerpo femenino respecto a las demás mujeres, se posiciona cual realidad dinámica, accesible a cambios en el tiempo y en el espacio. Y por tanto, con múltiples posibilidades explicativas para una nueva lectura de la totalidad de conocimientos, interacciones y visiones que han sostenido las vigentes relaciones de género.

2.3.3 Atención en planificación familiar.

Las representaciones sociales de las usuarias sobre la mujer proveedora de salud que atiende en planificación familiar, corroboran el valor intrínseco asociado al hecho de ser mujer. Más aún, cuando se hace necesario el examen físico de las zonas íntimas para el uso de determinado método anticonceptivo.

Esta constatación del sexo, acerca de quién la va a atender, fortalece en la usuaria el sentido de lo femenino, expresado en la similitud corporal que identifica y la ausencia de vergüenza que experimenta.

¿Porqué?... (risas).... porque es mujer también, pues. Porque... es lo mismo (carcajadas) Eh!!! Lo mismo... la misma... Las mismas estéee... El mismo sistema reproductor ¿qué sé yo? ¿no?... No, ¿cómo te puedo decir?... Es mujer igual que una. En cambio el varón.... como que más.... un poco más de recelo, vergüenza...(Estefanía).

Sin embargo, esta misma condición femenina, es resaltada para el uso de otros métodos anticonceptivos donde el examen físico genital es complementario. Pues esta disposición hacia la atención por una mujer proveedora de salud, no hace sino revelar el nivel de valoración que cada usuaria puede desarrollar en relación a su ser femenino. De tal forma que solo admiten ser atendidas por la otra persona, que es mujer como ella. Y por tanto, sí le es posible aproximarse, igualar o dar mayor valoración, tanto al cuerpo femenino como a lo que representa para la mujer usuaria.

En cambio, ese otro diferente, si bien puede haber desarrollado una valoración personal y por los demás, esto no constituye un aval para que sea en los mismos términos respecto a las usuarias. Más aún, la ausencia del cuerpo femenino en este otro diferente, permite a las usuarias advertir la inexistencia del vivir el ser femenino así como la imposibilidad de aproximarse a las experiencias y valoraciones que ellas tienen.

No es inconcebible pues, que la mujer usuaria exprese su incomodidad mediante la vergüenza, ante la posibilidad y/o diversas experiencias previas, de que el otro diferente transgreda o pueda transgredir lo que el sentido de propiedad le ha permitido construir en relación a su cuerpo; cuál es su valoración como ámbito privado y de su absoluta pertenencia.

“Ay.... en Planificación Familiar prefiero que sea también una mujer. Estéee.... porque una se siente más.... tiene más confianza ¿no? con una mujer ¿no? ... Mi idea es que una mujer me trate todo lo que es estéee.... examinación de.... ¿no? estéee.... cuando uno a veces tiene inflamaciones, infecciones...(Helena).

De ahí que las representaciones sociales de las usuarias sobre la mujer proveedora de salud en relación al cuerpo femenino, actúan en dos direcciones conforme a lo vertido en “Porque es una mujer pues y pertenece al mismo sexo, por eso”. De manera interna, hacia las mismas usuarias. Y de manera externa, hacia las demás mujeres donde se ubica a la proveedora de salud.

En forma interna, son depositarias del conjunto de mensajes, informaciones y valoraciones dadas en un entorno determinado. Y por ello mismo, en forma externa, son

las difusoras de múltiples posibilidades para una nueva configuración del mismo entorno.

Las representaciones sociales de las usuarias sobre la mujer proveedora de salud en relación al cuerpo femenino, contemplan el cuerpo de la mujer respecto a las mismas mujeres usuarias, cual vínculo personal de cultura y elección.

Las representaciones sociales de las usuarias sobre la mujer proveedora de salud en relación al cuerpo femenino, legitiman el cuerpo de la mujer respecto a las demás mujeres, donde ser y vivir el propio cuerpo se convierte en una forma de asumir y reinterpretar las normas de género recibidas.

2.4 Significado del hombre profesional de salud en la atención de salud general, salud sexual y salud reproductiva, planificación familiar.

2.4.1 Atención en salud general.

Si bien las representaciones sociales de las usuarias sobre el proveedor de salud en relación al cuerpo femenino, identifican la importancia de la atención por un hombre profesional de salud según refiere alguna usuaria “Sí, yo pienso que sí, porque como son enfermedades estéee de la garganta y de esas cosas.... Uno ya le pregunta las cosas con más confianza las cosas porque ya no son tan íntimas ¿no?”. Sin embargo, la importancia otorgada, no solamente puede obedecer a que el hombre proveedor de salud sea depositario de conocimientos, habilidades y competencias; sino a un hecho fundamental para la usuaria, cual es la exclusión del examen físico de las zonas muy privadas de su cuerpo.

En efecto, al reconocer la usuaria, que tanto la mujer proveedora de salud como el hombre proveedor de salud, han recibido similar formación académica profesional; dejaría entrever, que no hace mayor diferenciación, en cuanto a lo que espera de ambos respecto a su atención en salud; como se refleja en: “No, tanto un hombre como una mujer si están capacitados profesionalmente y son buenos, creo de que te van a dar una buena solución”.

Una atención en salud que sea el corolario de lo que representaría el/la proveedor/a de salud para la usuaria: La solución a su motivo de consulta. Y la solución no sería ilógica de imaginar desde la perspectiva de la usuaria, quien da por descontado que en el/la proveedor/a de salud, a la vez se encuentra un ser humano.

El/la proveedor/a de salud, que al ser responsable con su desarrollo profesional, puede ofrecer solvencia en sus capacidades de diagnóstico y tratamiento. Y en igual forma, como ser humano, demostrar un trato digno a esa/e otra/o de su misma condición humana.

No obstante, la ausencia de participación de las denominadas partes íntimas o partes muy privadas de las usuarias durante el examen físico, que se evidencia en: “Bueno en el caso de que se atienda por pulmones, garganta, eso, creo que es... No importa ¿no? Puede ser un hombre o una mujer ¿no?”; desvela como esta noción de íntimo o privado se encuentra incluso extendida o ampliada a todo el cuerpo de la mujer; donde los espacios no correspondientes a los órganos sexuales y reproductores, son definidos como partes no íntimas o partes no muy privadas.

De ahí que el abordaje de las zonas muy íntimas cumple un rol crucial, pues permite apreciar que dado el caso, las usuarias no solamente acudirían a un establecimiento de salud para dar solución a su motivo de consulta; sino que además, optarían por el/la proveedor/a de salud más representativo a su condición de mujer, que se evidencia en “No me gustaría que hubiera un profesional dentro de lo que es planificación...de repente ¿no? O ginecología....de repente ¿no?

En ese sentido, estas representaciones sociales de las usuarias sobre el proveedor de salud en relación al cuerpo femenino, al involucramiento particular o total del cuerpo de la mujer en la atención de salud, determinarán en forma implícita o explícita en las usuarias, el asumir por igual o de forma diferenciada las atenciones por el hombre proveedor de salud respecto a las atenciones por la mujer proveedora de salud.

2.4.2 Atención en salud sexual y salud reproductiva.

Las representaciones sociales de las usuarias sobre el proveedor de salud en relación al cuerpo de la mujer, validan el cuerpo femenino en dos realidades: Estática o privada y dinámica o pública.

De tal manera que si el cuerpo de la mujer, se configura cual realidad estática y privada, se puede afirmar que la usuaria posee conocimientos propios sobre su cuerpo por los que reconoce que ella es mujer y el proveedor es hombre, declarados en “No es su cuerpo, es el cuerpo de la mujer. Por lo tanto creo que no es...aconsejable”. Este proveedor no tiene su cuerpo, su mismo cuerpo. Que origina en la usuaria, una serie de expectativas que no precisamente muestran cuestionamientos por ser proveedor de salud, cuando sí dejan entrever su recelo y temor ante la condición de hombre. Que representa un posible o inminente peligro a su integridad física y emocional, como se manifiesta en: “A que no sé..... es como (Risas).... Que es una persona.... como es de otro sexo, entonces por eso es que una a veces se cohibe ¿no? por ese motivo”.

Y asimismo, el visualizar el cuerpo de la mujer, cual realidad dinámica y pública, permite apreciar que la usuaria revela el traer consigo experiencias previas propias y ajenas por las que tiene conocimiento que el proveedor de salud no puede sentir lo que ella siente en su cuerpo, lo que ella vive y expresa a través de su cuerpo en los diferentes entornos en que se desenvuelve.

Prefiero mayormente... ¡una mujer! (Risas) Estéee porque hay más confianza porque como son nuestras partes íntimas, hay más confianza con una mujer ¿no? Más una, tenemos más confianza.... pero un varón siempre, siempre queda ese recelo porque es varón ¿no? (risas) (Helena).

Al respecto, las representaciones sociales de las usuarias sobre el proveedor de salud en relación al cuerpo de la mujer, identifican que el hombre proveedor de salud no puede existir, vivir o aproximarse ni en teoría y menos en experiencia, desde la perspectiva del cuerpo femenino. De ahí que la valoración y el respeto, expresados a través de la confianza, sean más esperables por parte de la mujer proveedora de salud.

Y si fuese un hombre no sería la misma confianza porque estamos hablando de algo más íntimo de una mujer (Sahara).

En efecto, las representaciones sociales de las usuarias sobre el proveedor de salud en relación al cuerpo de la mujer, indican que precisamente es el cuerpo de la mujer la vía como ella se relaciona con el medio que la rodea; en respuesta a las relaciones de género que la sociedad en que se ubica le señala, para su rol por su condición física al igual que al hombre. Una sociedad patriarcal que imprime su organización vertical en

las diferentes instituciones que la conforman. En donde, el sistema de servicios de salud no es la excepción que garantice a la usuaria, la atención correspondiente a su dignidad humana.

Pues el hombre proveedor de salud representa la prepotencia de lo masculino en función al menoscabo de lo femenino; mucho más palpable por la usuaria, durante la realización del examen físico, que no resulta ilógica su desconfianza. En ese sentido, su ser femenino, al igual que el atributo del mismo constituido por sus zonas muy íntimas, es de fundamental valoración para la usuaria. Ya que le permite comprender que de recibir igual o mayor consideración para el cuerpo femenino, es más viable que proceda de alguien que comparte su condición de mujer. Y que además, es proveedora de salud.

Al respecto, la realización de la atención de salud sexual y salud reproductiva, implicará la convergencia de estas representaciones sociales de las usuarias sobre el proveedor de salud en relación al cuerpo femenino, para evidenciar o encubrir en las usuarias la preferencia y el ejercicio de esta preferencia por las atenciones del hombre proveedor de salud y/o por las atenciones de la mujer proveedora de salud.

2.4.3 Atención en planificación familiar.

Durante la atención en planificación familiar, las dos realidades señaladas para la validación del cuerpo femenino, estática o privada y dinámica o pública, se aprecian fortalecidas por las representaciones sociales de las usuarias en sus afirmaciones sobre el proveedor de salud en relación al cuerpo de la mujer.

Pero una mujer no, una mujer con más confianza se acerca y nos dice “a ver dónde, dónde le duele; a ver voy a hacer esto, te va a doler, voy a mover esto...” Entonces hay más confianza ¿Porqué? Porque ella también, en algún momento, supongo que también ha sentido esos momentos ¿no? (Ana).

En ese sentido, el hombre proveedor de salud ofrece una atención que se encuentra muy lejana a la que permite tener acceso la mujer proveedora de salud. Pues desde la perspectiva de la usuaria, la confianza experimentada con la mujer proveedora de salud, conlleva a ser depositaria también, no solo de su atención profesional; sino de su calidad como ser humano, la que se exterioriza a través de la proximidad e interacción personal. Y que además, dada su condición femenina, es creíble que haya vivido o pueda vivir lo que experimenta la usuaria en el cuerpo femenino durante la atención en SSR. Este hecho, si bien reforzaría aún más la identificación de género que la usuaria puede establecer con la mujer proveedora de salud, también devela que la usuaria se da cuenta que la mujer proveedora de salud está expuesta a los mismos riesgos y agresiones que las iguala como mujeres. Y por lo mismo, puede ofrecer soluciones como profesional de salud en igual forma que como ser humano. Desde su formación profesional, pero sobre todo para la usuaria, con la asociación de sus experiencias de vida: De existir, vivir y relacionarse a través del cuerpo femenino.

Por otro lado, al reconocer las usuarias que el proveedor de salud es hombre, revelado en el comentario “Estéee... sino que la doctora tiene más experiencia como mujer también ella que es, también conoce ¿no? conoce...Ehhh, un varón también ¿no? El varón también estudia, también ese caso ¿no? pero más confianza hay con la mujer hasta podemos contar también cosas íntimas de uno mismo ¿no?”. No hace sino reafirmarse en lo que considera importante como mujer usuaria, el hecho de que quien la atiende sea mujer proveedora de salud. Que le ofrece el conocimiento y la experiencia

como profesional; pero además, el conocimiento y la experiencia de lo vivido por ser mujer.

Asimismo, en el caso del hombre proveedor de salud, que no tiene su mismo cuerpo en contraste con la proveedora de salud que es mujer; reiterado por “En el caso del hombre, no, porque él estéee....El hombre no....no ha tenido esas enfermedades. O de repente te dice porque lo ha leído, pero no lo siente.... (Risas). ¡Es eso! (Risas)”, las usuarias revelan que no solo buscan una atención basada en el conocimiento profesional, sino en el demandar una atención que va mucho más allá de este aspecto. Esto es, la recuperación de la atención de salud en el más estricto sentido de lo humano. Que se inicia como la interacción entre dos seres pares; que pueden compartir información, preguntas, vivencias, etc. Que dan otra dimensión a la atención de salud en algo más que una elemental estadística, cual es la realización de una atención de salud con calidad humana. Esto es, la humanización de la atención en salud.

Además, si bien las usuarias expresan en forma explícita su grupo de identidad con las mujeres proveedoras de salud por poseer el cuerpo femenino, confirmado en “Y más que todo...Yo pienso que...con una especialista mujer es....estéee...Ella también pasa... o sea, siente lo mismo que una ¿no? por ser mujer”; indican nuevamente el rol trascendental de poseer el cuerpo femenino para poder garantizar la real comprensión de su motivo de atención. No solo desde una perspectiva teórica avalada por la solvencia de una sólida formación y ejercicio profesionales, sino desde la sencilla pero irrefutable realidad de acceder al conocimiento que solo se adquiere a través de la vivencia personal de ser mujer.

Y al relacionar las usuarias que el proveedor de salud por su condición de hombre no puede tener alguna experiencia sobre lo que la mujer usuaria siente en su cuerpo y expresa a través de su cuerpo, manifiestan de manera explícita su preferencia de atención por la proveedora de salud debido a su condición de mujer y por ello mismo el valor agregado de poder vivir y experimentar el cuerpo femenino.

De ahí que estas representaciones sociales de las usuarias sobre el proveedor de salud en relación al cuerpo de la mujer, aluden a condición y experiencia de género femenino, donde las circunstancias de ser atendidas por un hombre o una mujer proveedor/a de salud han influido en el ejercicio de sus preferencias de atención. Y a la vez, este mismo contexto regulado por las relaciones de género, puede contribuir al silenciamiento y la negación de sus preferencias de atención con el consiguiente desconocimiento del poder realizar el ejercicio de esas preferencias por las atenciones de la mujer proveedora de salud respecto a las atenciones del hombre proveedor de salud.

III. Elección del sexo de el/la proveedor/a de salud para la atención según área de consulta

3.1 Preferencia de atención según sexo de el/la proveedor/a de salud en la atención de salud general, salud sexual y salud reproductiva, planificación familiar.

Las usuarias preferirían ser atendidas por mujeres profesionales de salud en las atenciones que requieren el examen físico de partes íntimas o partes muy privadas, así como de las partes no íntimas o no muy privadas, conforme a: “Y no... no es que tenga algo en contra de los hombres. Pero soy mujer y me gustaría que me atiendan las mujeres....Me gustaría ser atendida por una mujer, definitivamente”. En donde, una vez más las usuarias expresan su identificación de género con el/la proveedor/a de salud de su mismo sexo, por la relación de igualdad que implica. Que en la declaración:

“¿Preferiría? Preferiría mil veces que siempre esté una mujer allí (risas)”, no solamente reitera esta preferencia de atención por la mujer proveedora de salud, sino que en forma clara, manifiesta su requerimiento de ser atendida por una mujer proveedora de salud en todo servicio de salud. Que deja entrever, la demanda silenciosa de poder tener y acceder a la alternativa de atención por una proveedora de salud, que es mujer al igual que la usuaria.

Al respecto, las representaciones sociales de las usuarias sobre el sexo de el/la proveedor/a de salud responden al reconocimiento del cuerpo femenino en la otra, en el otro, reflejado en “Como he dicho antes, preferiría con una mujer ¿no? Más estéee... Más confianza ¿no?”, pues la identidad de género que le ha sido permitida establecer a través de la similitud del sexo con la proveedora de salud, es la que ahora conlleva a poder establecer una relación de mayor cercanía e interacción para expresarse; así como de tranquilidad en el examen físico, con la mujer proveedora de salud, que se confirma en: “¡Mujer! ¡mujer!En mí, en particular porque me ha dado un poco de vergüenza que un hombre ¿no? te vea quizás tus partes.....como se dice ¿no? tus partes íntimas...”.

Y a la asociación con las experiencias propias y ajenas de poseer el cuerpo femenino por lo expuesto en las manifestaciones de las usuarias.

Yo preferiría que sea mujer. ...Que una vez me fui con... ¿no? con un resfriado y me pasó también lo mismo que me tocó con un hombre y me hizo...me... me levantó mi vestido ¿no? Y me comenzó a palmeear la parte de atrás. Y yo pienso que no, que así no debe ser ¿no? (Belinda).

Por lo que debido a previas experiencias desagradables, precisamente con hombres proveedores de salud, es que de manera obvia, determinan evitar toda posibilidad que pueda representar y/o constituirse en el riesgo de ser agredida por ser mujer en el sistema de servicios de salud. Y en la que el agresor es justamente el otro, diferente a ella, ya sea de hecho y/o representado por el proveedor de salud, por ser hombre.

En igual forma, las experiencias de otras mujeres, fortalecen sus preferencias de atención por una mujer proveedora de salud, como en la siguiente declaración:

Y el doctor le estaba manoseando ya no como doctor sino como hombre. Y ya, ya pues, un poco que, que me dio miedo y como vi las noticias también que habían pasado esas cosas, ya pues siempre he tenido un poco de miedo (Leila).

Pues las usuarias pueden confirmar que su experiencia o riesgo no es un caso aislado sino que es la situación o exposición que desvela un común denominador entre las agredidas o susceptibles de serlo, cuál es su condición de mujer. En ese sentido, sería evidente afirmar la existencia de otro factor común, la condición masculina del agresor, del que además se advierte que es proveedor de salud.

Que haciendo abuso de su posición como profesional, esconde y disfraza de atención de salud, actos de flagrante violentamiento a la integridad física y/o emocional de la usuaria, contraviniendo todo sentido de la ética y los valores que direccionan el noble ejercicio de toda profesión médica. Y que contradice la visión del sistema de servicios de salud y sus establecimientos, como espacios de atención de salud con calidad profesional y humana.

Al respecto, tales agresores masculinos estarían ejecutando sencillamente lo que consideran como su concesión natural de someter a las mujeres. Que delata la

inexistencia de una equidad del poder entre hombres y mujeres que va más allá del ámbito privado de una familia, sino que adquiere ribetes alarmantes al trasladarse hasta espacios públicos como el sector sanitario, precisamente instituidos para preservar la integridad física y emocional, la salud y la vida de las mujeres.

Asimismo, es una manifestación más de desiguales relaciones de poder entre mujeres y hombres a lo largo del tiempo, en la mayoría de las sociedades organizadas en base al género: Que a través de cualquier acción o comportamiento del hombre proveedor de salud en contra de la mujer usuaria, puede ocasionar daños o lesiones psicológicas, físicas y/o sexuales; pero además, provocarle la muerte.

Que aunada al desconocimiento de los procedimientos y protocolos sanitarios por la usuaria, muchas veces ampliamente favorecido por el propio proveedor de salud como una expresión adicional de la inequidad de poderes, constituyen no solamente una inadecuada praxis cuando a la vez se transgreden los derechos de toda usuaria de un establecimiento de salud y de su dignidad como ser humano. Que por consiguiente, desfigura y atropella, la salud de las usuarias; como el derecho fundamental que le es inherente a todos los seres humanos, sin discriminación alguna.

En este orden, la realización del examen físico, es una muestra más de tal inequidad de poderes; pues revela lo denigrante que puede resultar para la mujer usuaria, el abordaje de sus zonas íntimas y de sus zonas muy íntimas, por el hombre proveedor de salud. Ya sea que la vea como profesional o como hombre.

De ahí que puede aseverarse que estas representaciones sociales de las usuarias sobre el sexo de el/la proveedor/a de salud, además han sido elaboradas en función a la propia comprensión de las usuarias sobre la salud de la mujer, expresado en “Y, me parecía de que era mañosería, era mañosería. Entonces, en uno era así y en el otro no. ...Pero desde ese momento opté porque la mujer sea la que me atienda en todo, en todo sentido ¿no?”.

En efecto, la usuaria busca el no volver a exponerse, el no volver a dar la posibilidad a hombre alguno, proveedor de salud o no, de violentarla. Más aún, no contribuir al encubrimiento de violencia institucionalizada alguna. Y mucho menos, que el cuerpo femenino pueda ser tratado como el “insumo” de la institucionalización de la violencia en el sistema de servicios de salud.

De ahí que la demanda de atención en salud de las usuarias responde al ser realmente tratadas como sujetos de atención. Y este requerimiento encuentra su fin en la mujer proveedora de salud; ya que desde la visión de la usuaria, no va a experimentar miedo ni vergüenza. Pues la proveedora de salud, representa la ausencia de toda posibilidad de agresión, por lo mismo que es mujer.

Dicho de otro modo, a la realización de una interacción proveedor/a de salud – usuaria en un entorno de confianza y libertad, para la expresión entre pares. Pues la atención de salud que solicita y espera la usuaria, exige entender a través de sus afirmaciones, cómo las usuarias se visualizan a ellas mismas en relación a su propio cuerpo y a las probabilidades de realizar la autonomía y la autodeterminación, ante el hombre proveedor de salud o la mujer proveedora de salud.

Preferiría que sea una mujer porque hay más estéee.... Pienso que no hay.... No hay mucha vergüenza pues comparado con un hombre ¿no? a quien tú vas a entrar y te va a tener que tocar las partes íntimas (Con tono de resignación) (Florencia).

En donde el sentir vergüenza o no, guarda relación directa con el hecho de que la usuaria pueda tener conciencia y ejercer sus capacidades de dirigirse y decidir por sí misma, respecto al cuerpo femenino en todo momento y lugar frente a cualquier proveedor de salud, con un rol activo en su propio proceso de salud.

Mmm... para más confianza yo creo que una doctora....Bueno, yo... Yo dejaría que me revise toda. Ya no estaría con miedo o con vergüenza ¿no? (Leila).

Desde esta perspectiva, la usuaria identifica plenamente, que la mujer proveedora de salud es la que más se ajusta a sus expectativas. No solo por la condición femenina así como lo que esto representa para la usuaria; sino por las características asociadas al hecho de ser mujer y de ser hombre que reconoce tanto en la mujer proveedora de salud como en el hombre proveedor de salud, que de una u otra forma determinan su preferencia de atención por la mujer proveedora de salud. En ese sentido, estas características confirman la proximidad que es factible de producirse por ser mujeres. Pero además, corroboran lo que las usuarias esperan de toda profesional de salud, que es susceptible de ser más valorado cuando también comprueban su calidad como ser humano.

De este modo, la visualización de las usuarias sobre sus propios cuerpos y las probabilidades de realizar la autonomía y la autodeterminación ante el hombre proveedor de salud o la mujer proveedora de salud pronunciado por "Una mujer ¿por qué? ...Porque también se puede identificar con mis dolencias ¿no? Somos...somos iguales ¿no? ¡También pueden tener dolencias igual que una!.... Entonces a eso....a eso...voy pues ¿no? porque si he de preferir entre los dos...a una mujer ¿no?", es la que desvela dos dimensiones en ambos proveedores de la salud: Dimensión profesional y dimensión personal.

La dimensión profesional, donde la usuaria les reconoce los mismos conocimientos, capacidades y competencias por igual, al hombre proveedor de salud y a la mujer proveedora de salud.

La dimensión personal, en que la usuaria les atribuye particulares características físicas y sociales por contraste, al hombre proveedor de salud y a la mujer proveedora de salud.

Estas dimensiones contenidas dentro de las representaciones sociales de las usuarias sobre el sexo de el/la proveedor/a de salud contribuyen de manera subyacente, a configurar las preferencias de las usuarias por la mujer proveedora de salud en una realidad de atención de salud regulada por normas de género. Donde las usuarias, ante proveedores y proveedoras de salud, identifican a la mujer proveedora de salud como la mujer, profesional y persona a la vez, que promueve y favorece en las usuarias una mayor conciencia y participación en la toma de decisiones sobre su salud, su cuerpo y su vida.

3.2 Elección de atención según sexo de el/la proveedor/a de salud en la atención de salud general, salud sexual y salud reproductiva, planificación familiar.

Las representaciones sociales sobre el sexo de el/la proveedor/a de salud ya sea en atenciones de salud relacionadas con partes no íntimas o no muy privadas y con partes íntimas o muy privadas, se encuentran de construidas y reconstruidas en base a experiencias propias y ajenas dentro de una sociedad organizada en función al género, en las manifestaciones de las usuarias.

Porque creo que la mujer especialista es mucho más delicada que el hombre. Pienso que el hombre es más tosco. Por lo mismo que es hombre ¿no? O sea sus manos son más toscas; en cambio la mujer no. Y yo me sentiría mucho más en confianza con una mujer porque la mujer es... te atiende con más calma y, creo yo, que con... más cuidado... con más cuidado que... que el profesional varón (Ana).

Que atribuye determinadas formas de ser, si se nace mujer u hombre. Y además, que guarda relación con las características morfológicas de cada sexo. De este modo, la mujer proveedora de salud representa para la usuaria, no solamente la delicadeza y la consideración frente a la tosquedad y la indolencia personificadas por el hombre proveedor de salud; sino que precisamente, son las diferencias entre las dimensiones corporales de la mujer proveedora de salud y el hombre proveedor de salud, las que confirman sus expectativas y temores, en forma respectiva.

De ahí que no es casualidad, que las manos del hombre proveedor de salud sean vistas o representen para las usuarias, ser el medio ejecutor de su verdadera intencionalidad, como profesional y/o como hombre; pues las manos examinadoras del proveedor, a la vez son las manos del hombre. Y además, se constituyen en instrumentos agresores directos del cuerpo femenino, desconociendo su condición de territorio privado; para convertirlo en un espacio público de manipulación en aras de institucionalizar el sometimiento y el dominio sobre la mujer hasta en aspectos tan fundamentales como corresponde a su salud corporal y emocional; disfrazada de atención en salud a través del examen físico.

Y siempre me ha tocado así... doctores que son estee... mejor dicho que tienen malas costumbres... mejor dicho de manosearme así. Y por eso... que prefiero que sean mujer que hombre ¿no? No prefiero hombre (Belinda).

Pues en este caso, del total de atenciones recibidas, todas las veces fue atendida por médicos varones que incurrieron en atacarla y/o violentarla física y emocionalmente. Que le transmiten inseguridad, miedo. Que le roban, le niegan, le desconocen la capacidad de darse cuenta de la violencia con la que la tratan. No solo transmite el oprobio de invisibilizar las facultades de la mujer como ser humano, sino algo todavía más repugnante cuando no perverso como es el desprecio a su persona. La desvalorización de su condición humana, el irrespeto a su integridad corpórea y mental; solo por el hecho de no poseer un falo, de no estar dotada de fuerza física, de ser “débil”; por ser vulnerable, por considerar que no a va a poder responder o defenderse, por haber nacido mujer.

Por lo que puede afirmarse que en la construcción de esas experiencias, se halla la participación de las diferentes interacciones a lo largo de sus vidas, y los procesos personales de las usuarias para la elaboración y reelaboración de sus propias representaciones sociales, también referido por “En cambio con una mujer ya hay más estéee.... más.... Uno se suelta más ¿no? y puede hablar realmente lo que.... lo que piensa, lo que cree”. Donde las representaciones sociales de las usuarias sobre el sexo de el/la proveedor/a de salud, involucran el hecho de ser mujer. No solo por la circunstancia de estar frente a otra mujer como ella, para poder realizar el libre acto o tener la libertad y la confianza, de expresarse en relación a lo que piensan, creen e incluso puedan sentir; sino por lo que esto representa para sí mismas, cual es el hecho de poder ejercer sus capacidades de auto dirigirse y auto determinarse.

En ese sentido, a través de la afirmación: “Desde la idea que digamos desde que estoy saliendo de mi casa ¿no? ...Yo prefiero que sea una mujer”, es posible apreciar un proceso personal en las usuarias, que integra lo mental y lo experiencial hacia la elaboración de una preferencia de por quién ser atendida en un establecimiento de salud. Que se puede realizar o se llevará a cabo mediante la elección de atención por la proveedora de salud.

Asimismo, por el hecho de ser mujer, las experiencias de poseer y vivir el cuerpo femenino por la proveedora de salud, son reconocidas por las usuarias en sus declaraciones.

¡Sí! porque es hombre pues.....Imagínese es una persona extraña y....Bueno, en el caso de que sea una mujer ¡es....como le decía...es del mismo sexo! (Marie).

La posesión del cuerpo femenino por la mujer proveedora de salud, representa la igualdad por la condición femenina compartida para la mujer usuaria. Que lleva consigo, connotaciones de proximidad y hasta de familiaridad, no solamente con la profesional sino con el ser humano dentro de la mujer proveedora de salud; connotaciones que son totalmente opuestas en lo que respecta al hombre proveedor de salud.

....a su cuerpo ¿no?Tal vez....A las doctoras también no son.....Son seres humanos y.....y tal vez se pueda identificar con algo....que le ha pasado o conm....conmigo ¿no? (Paola).

Al respecto, la capacidad de ponerse en su lugar, solo es posible para la usuaria, por el/la proveedor/a de salud que posee el cuerpo femenino. Más aún, si por ser mujer, haya tenido similares experiencias de vida dentro y/o fuera de un establecimiento de salud.

Creo que sentiría más confianza en....en de repente....en decirle cualquier cosa o preguntarle alguna cosa.....Creo que eh....como mujer ella.....sabría también cómo entenderme cualquier cosa, alguna duda o algo....¡No tanto con un hombre! (Tracy).

La proveedora de salud es mujer como la usuaria. Por ser mujer como la usuaria enfrenta las mismas posibilidades y riesgos de haber tenido o poder tener semejantes experiencias. Todo esto en conjunto, desde las miradas de las usuarias, hace ver en la mujer proveedora de salud, a el/la proveedor/a de salud y al ser humano más apropiado para ofrecerle y brindarle la atención de salud que demandan; en un clima de confianza y comprensión, que les permita expresarse libremente.

De ahí que la atención de salud que la usuaria requiere, implica considerar dos aspectos fundamentales a nivel de las/los proveedores de salud. Que desde la particular visión de la usuaria, pueden determinar la elección de atención según sexo de el/la proveedor/a de salud. Estos aspectos son: La dimensión profesional y la dimensión personal.

En la medida que la dimensión profesional contenida dentro de las representaciones sociales de las usuarias sobre el sexo de el/la proveedor/a de salud sea priorizada con respecto a la dimensión personal, las preferencias de las usuarias se mantienen sin ejercer pues para las usuarias es indistinto ser atendidas por proveedores/as de salud hombres o mujeres.

En la medida que la dimensión personal contenida dentro de las representaciones sociales de las usuarias sobre el sexo de el/la proveedor/a de salud sea priorizada con respecto a la dimensión profesional, las preferencias de las usuarias se dirigen hacia la mujer proveedora de salud al adjudicarle la delicadeza y la confianza entre otras características particulares por su condición de mujer en contraste con la tosquedad y la desconfianza dentro de las características propias atribuidas al hombre proveedor de salud por ser hombre.

Sin embargo, al integrar estas dos dimensiones contenidas dentro de las representaciones sociales de las usuarias sobre el sexo de el/la proveedor/a de salud, las preferencias de las usuarias igualmente están dirigidas hacia la mujer proveedora

de salud. Donde, el reconocerla como profesional de salud y atribuirle características de gran importancia para la usuaria, es complementario al hecho de que la proveedora de salud al igual que la usuaria, es mujer y tiene cuerpo de mujer.

IV. Relación entre preferencia y elección de el/la proveedor/a para la atención.

4.1 Relación de preferencia y elección según sexo de el/la proveedor/a de salud en la atención de salud general, salud sexual y salud reproductiva, planificación familiar.

Las usuarias acuden a un establecimiento de salud por atenciones de salud general, salud sexual y salud reproductiva y planificación familiar. Estas usuarias van con la finalidad de lograr la atención a sus motivos de consulta, sin manifestar si pueden elegir con quien atenderse conforme a sus preferencias de atención (Esquema N° 01), por lo

ESQUEMA N° 01: RELACIÓN DE PREFERENCIA Y ELECCIÓN



referido en “¡No! Mira....donde tú vas al establecimiento del estado, lamentablemente quien te atiende y te tienes que atender”. Asimismo, a efectos de obtener una atención de salud, ésta se realiza conforme al sistema de servicios de salud. Que no necesariamente tiene en consideración los criterios y/o las preferencias de atención de las usuarias, expuesto en: "...Ya está citada, pactada la cita, esté el especialista que esté me atendiendo porque ya está hecho ¿no?...”. Al respecto, se identifican dos tipos de beneficios a alcanzar por parte de las usuarias: La finalidad de la atención en salud y la preferencia de la atención en salud.

Sin embargo, la satisfacción a la demanda de la finalidad de atención en salud es priorizada ante la satisfacción de la demanda de la preferencia de atención en salud, donde el establecimiento de salud es el espacio de control sobre el cuerpo de la mujer. Y en cuyo territorio la usuaria transita desde el desconocimiento y no conciencia de poder ejercer sus preferencias pronunciado en “Aunque a mí sí me gustaría que me atiende la doctora... pero en este caso no se podría... entonces me tendría que atender el doctor ¿no?”, hasta el conocimiento y conciencia de no siempre poder ejercer sus preferencias aceptando la realidad de la atención en salud, develado por alguna usuaria.

Pero en... si tengo la posibilidad de elegir, elijo definitivamente lo que quiero, lo voy a obtener ¿no?. Y si es elegir una mujer, definitivamente tengo que elegir por la mujer, por lo que yo siento, por la seguridad y la confianza, que me va a otorgar la especialista y por lo que voy a salir de ahí... tranquila ¿no? Voy a salir de ahí... más relajada (Ana).

En este sentido, el realizar la preferencia de atención va unido en forma directa al ejercicio de elegir en relación a dicha preferencia. Es decir, a la existencia de espacios que favorezcan el elegir lo que se prefiere; pero además, que también estén presentes determinadas condiciones y/o circunstancias que permitan tener la libertad de ejercer su preferencia de atención en salud.

De ahí que la preferencia de atención por la mujer proveedora de salud representa para la usuaria, no solamente el materializar su preferencia a través de la viabilidad en la elección; sino que dicha elección es coherente con su preferencia de atención en salud. Que, a la vez, es la evidencia fehaciente de lograr lo que realmente la usuaria prefiere. Que la valida como un ser humano con determinación propia.

Más aún que la atención por la proveedora de salud, significa para la usuaria, seguridad y confianza. Que son dos elementos fundamentales, explicitados dentro de su preferencia de atención, que la motivan a elegir ser atendida por la mujer proveedora de salud.

Pues la usuaria no solo contempla recibir una atención de salud en su cuerpo en el sentido más literal, sino que demanda un entorno de atención de salud que garantice no solamente la participación de la dimensión profesional de el/la proveedor/a de salud, sino de la dimensión del ser humano. Que desde la perspectiva de la usuaria debieran estar presentes a la vez. Y es precisamente, la proveedora de salud, quien para la usuaria, resulta ser la que más se ajusta en relación a sus expectativas de atención de salud, tanto en su preferencia de atención como en su finalidad de atención.

No es inverosímil afirmar pues, que cuando las usuarias silencian sus preferencias de ser atendidas por tal o cual proveedor/a de salud ante la realización de la atención de salud en sí, las usuarias establecen de una manera precisa en sus expresiones, las diferencias entre el preferir y el elegir respecto a la posibilidad de obtención, de logro, del ejercicio de esa preferencia.

...uno elige a la persona o que sé yo ¿no? Pero preferir.... uno prefiere a la.... a la doctora, como le dije, que sea mujer ¿no? (Gabriela).

A través de la elección, la usuaria puede ser atendida tanto por la mujer proveedora de salud como por el hombre proveedor de salud, en relación a sus requerimientos de finalidad de atención. Sin embargo, la preferencia de atención de la usuaria es por la proveedora de salud; debido a su mutua condición de mujer, y a todas las connotaciones ya antes señaladas que dicha condición le representan. De ahí que el elegir no siempre explicita el preferir de la usuaria.

No es lo mismo preferir que elegir ¿no? Pero si nos encontramos en un momento de.... importante, igual tenemos que atendernos, pues tenemos que hacerlo (Jessica).

Asimismo, al diferenciar la usuaria, el elegir del preferir, estaría realizando una priorización entre la finalidad de atención y la preferencia de atención. Más aún, cuando está de por medio la integridad de su salud y el resguardo de su propia vida.

En tales circunstancias, el elegir no lleva implícito el preferir de la usuaria. Pues ante la ausencia de una proveedora de salud que cubriría tanto la finalidad de atención como la preferencia de atención, esta última es inviable. En igual forma, puede afirmarse que frente a la demanda de usuarias femeninas, no necesariamente se ha considerado y/o se tiene en cuenta este aspecto para incluir o incrementar la participación de mujeres proveedoras de salud.

Ah... porque me siento un poquito más cómoda ¿no? porque si... Bueno en el peor de los casos que no estaría la doctora ya pues no me quedaría de otra que me atiende el doctor (Leila).

La usuaria reitera la preferencia por la proveedora de salud. Que de ser viable junto con la finalidad de atención de la usuaria, dicha preferencia si estaría implícita en el elegir de la usuaria. Por lo que en situaciones de emergencia de salud, sin oferta real de proveedoras de salud, la usuaria solo puede acceder a la finalidad de atención a través de su elegir.

En donde no necesariamente el elegir es el corolario del preferir, de igual forma expuesto en las declaraciones de las usuarias.

Yendo a la pregunta, lo único que contestaría fuera de que... Yo hubiese... por mí... por mí... Saliendo de mi casa me elegiría atenderme con una doctora ¿no? Que es sumamente confiable, sumamente... Es una persona que tiene el sexo igual que yo y me haría atender con ella más que todo para desenvolverme mucho mejor que me atendiera con un doctor ¿no? (Daniela)

La preferencia de atención de la usuaria, se puede reflejar en su elección mediante un proceso interno; por el cual, en este caso, la usuaria toma la determinación de ser atendida por una mujer proveedora de salud. Esta determinación, que si bien se ve respaldada por la confianza en la mujer proveedora de salud, más bien deja entrever que dicha confianza así como la libertad de expresarse, no son sino algunas de las connotaciones que la mujer proveedora de salud por su similar género, representa para la usuaria.

...¡Pero sí existen unos horarios...! A ellas también tú les puede preguntar qué días se encuentran y ellas también te lo dicen ¿no? para que puedas ir en el horario....¡Si tú gustas ir con ellas nada más, pues! ¿no?...Si quieres elegir...(Paola).

Además, en la elección que refleja la finalidad de atención con la preferencia de atención, la usuaria experimenta una afirmación de su perspectiva que la hace intervenir en un sistema de servicios de salud ya establecido. De tal forma que por sí misma origina y/o contribuye a lograr los beneficios, tanto de la finalidad de atención como de la preferencia de atención; a través del ejercicio real del elegir; que representa y confirma sus atribuciones de ser humano, con las facultades de poder ocasionar un orden distinto de atención en salud.

Que en respuesta a las oportunidades con el espacio para que su elegir sea su preferir, las dimensiones contenidas en sus representaciones sociales asociadas al sexo de el/la proveedor/a de salud, evidencian que la dimensión profesional prevalece ante el beneficio de la finalidad de la atención de salud; en su elección indistinta por el/la proveedor/a de salud o por el hombre proveedor de salud; cuando el ejercicio de su preferencia de atención en salud por la mujer proveedora de salud, resulta inviable.

Esta realidad social de los servicios de salud expresaría en físico las representaciones sociales que subyacen dentro de las relaciones de género, pues se observa que estos

servicios de salud están diseñados para las atenciones en cantidad sin contemplar precisamente los beneficios de atención de salud a conseguir por las usuarias; quienes al aceptar la atención ofertada por los establecimientos de salud, tal atención no es sinónimo de poder ejercer su preferencia de atención ni de garantizar la finalidad de la atención.

No obstante, si la usuaria ve la posibilidad de ser atendida por otra mujer, elige a la mujer proveedora de salud a la que asocia con la confianza y la tranquilidad durante el proceso de atención; y por tanto, con un producto a obtener, la usuaria tranquila y relajada.

Este proceso de atención es en el que la dimensión personal, predomina ante las oportunidades con el espacio para lograr tanto la finalidad de la atención en salud como la preferencia de la atención en salud. Es donde su elegir es su preferir, su sentir, su querer; cuando el ejercicio de su preferencia de atención en salud por la mujer proveedora de salud, es viable.

V. Decisión según sexo de el/la proveedor/a para la atención según área de consulta.

5.1 Existencia de decisión de atención según sexo de el/la proveedor/a de salud en la atención de salud general, salud sexual y salud reproductiva, planificación familiar.

Al elaborar un conjunto de ideas sobre qué les corresponde por derecho y de hecho esperar de las/los profesionales de la salud que las atienden, las usuarias muestran en sus expresiones que han desarrollado un proceso de identificación acerca de su condición de poseedoras del cuerpo femenino.

Decidiría pues.... Que sean pues... ¡Que sea una doctora! ¿no? porque realmente la doctora.... Yo personalmente, yo voy a hablar de mi caso... Cuando yo voy a una consulta siempre me ponen a mí de frente con quien doctor te vas a atender, pero no, no me dejan decidir a mí con que... con qué doctor, yo quiero atenderme. Bueno y... Yo pues ¿no? ...estéee.... Si yo tendría que decidir decidiría por una doctora (Daniela).

Este proceso de identificación con la mujer proveedora de salud por su mutua condición femenina, permite a la usuaria, darse cuenta que el sistema de servicios de salud no le da la oportunidad de decidir por sí misma con quien atenderse. A través de la ausencia en la oferta de la posibilidad y mucho menos de garantizar la atención con mujeres proveedoras de salud, que desvela el no tener en consideración tanto su finalidad de atención como su preferencia de atención.

Preferiría si iría.... Preferiría si es que sea una mujer ¿no? Pero realmente a veces en estos casos uno no escoge (Enfática). Si no realmente agarra ¡Pa! Te toca ya con esa persona y ya pues tienes que aceptarlo nomás (Florencia).

Más aún, el no reconocimiento a la facultad de decidir de la usuaria, mediante el bloqueo, la restricción, hasta la eliminación de todo vestigio relacionado al ejercicio del decidir de la usuaria cuando requiere alguna atención de salud, desde que ingresa hasta cuando sale de un establecimiento de salud. Que también refleja el asistencialismo del sistema sanitario actual.

En ese sentido, el grupo de referencia o de representación, en igual forma declara a su identidad de género en las decisiones que manifiestan las usuarias.

Sí. Si tuviera la decisión y hubiere un profesional hombre o mujer, sin dudarlo elegiría a la mujer ¿no? Por ejemplo, en medicina ¿no? si hubiere un hombre y una mujer, elegiría a la mujer. Pero en el caso en que sólo estuvieran atendiendo doctores, eh, no. No me atendería, no me atendería (Ana).

La capacidad de decidir que es inherente a todo ser humano, no es la excepción en la mujer usuaria. Que en la atención de salud que demanda, no solo está favorecida por el hecho o las situaciones de poder ejercer libremente dicha decisión, sino por la representatividad que la mujer proveedora de salud ofrece a la usuaria por ser del mismo género.

Yo pienso que si sería en mi caso... yo... yo tomaría porque sea una mujer ¿no? quien me atienda a mí, así sea pulmones, vaginal... o que sea el estómago... pulmones ¿no? Yo preferiría que sea una dama ¿no? Una mujer que un hombre. Eso... Porque me sentiría mejor ¿no? Y más tranquila ¿no? (Belinda).

Al respecto, la usuaria, en forma libre decidiría ser atendida por una mujer proveedora de salud en todas las especialidades del sistema sanitario. Sin embargo, tal decisión guardaría directa relación con su preferencia de atención; debido a que para la usuaria, por ser mujer la proveedora de salud, representa seguridad y confianza, frente a la inseguridad y desconfianza que representa el hombre proveedor de salud.

Preferiría mil veces que siempre esté una mujer allí (risas). Bueno, sí, esperaría a.... ¡a una doctora! (Risas) (Helena).

Asimismo, la usuaria estaría totalmente dispuesta a que su preferencia de atención por la mujer proveedora de salud pueda ser siempre reflejada en su decisión de atención de salud.

De ahí que sea posible afirmar que la experiencia de ser mujer está absolutamente ligada al cuerpo femenino. Y por tanto, a los hechos, sentimientos, vivencias, circunstancias, como procesos vividos por el hecho de ser mujer, de tener el cuerpo femenino, de poder decidir sobre su cuerpo.

Como te dije anteriormente es estéee del mismo sexo. Entonces estéee como que.... Ya nos conocemos tu cuerpo ¿no? Y ya no tendría que estar de repente un poco avergonzada en los momentos en que te van a hacer el papanicolaou (Baja la voz)..... Porque me va a ver mis partes ¡pues! ¡Ese es el detalle! ¿no? que por ser del mismo sexo tenemos lo mismo ¡ja, ja! ¡Nada más! (Estefanía).

La decisión de la usuaria para la atención de salud según el sexo de el/la proveedor/a de salud encuentra fundamento en su preferencia de atención por la mujer proveedora de salud, debido al hecho de ser del mismo sexo. Que si bien para la usuaria representa el conocimiento personal del propio cuerpo, a la vez representa el conocimiento mutuo en relación al cuerpo femenino; que conlleva a una mayor familiaridad y proximidad entre la usuaria y la proveedora de salud. No sería ilógico pues, afirmar que en la atención de su salud, la usuaria se sentiría mejor representada por la proveedora de salud dentro de las/los profesionales de salud. Y en igual forma, la usuaria se sentiría mejor ante un sistema sanitario que es representado por la mujer proveedora de salud durante la atención de su salud.

Ah... A que tiene el mismo sexo ¿no? y en cuanto por decir a un parto también siente los mismos dolores, siente las mismas molestias, siente los mismos descensos a veces que.... podría tener pues ¿no? En cambio un hombre, no. Nunca le pasa eso porque tiene otro sexo pues ¿no? Nunca el hombre puede tener descensos (Gabriela).

La decisión de la usuaria de atenderse con la mujer proveedora de salud precisamente refleja esta preferencia. Ya que por ser mujeres, están expuestas a poder vivir las mismas experiencias asociadas a la atención de la salud sexual y reproductiva. De ahí que para la usuaria, no solo sería fácil darse cuenta y aceptar que la mujer proveedora de salud pueda ser capaz de ponerse en su lugar; sino que le resultaría más verosímil y coherente, que en el caso del hombre proveedor de salud.

Yo preferiría que me examine una mujer... Años atrás yo me atendí en el Hospital de Collique, de emergencia. Y había un doctor que me dijo que me bajara la trusa...(Katya).

Asimismo, la decisión que está respaldada por la preferencia de atención de la usuaria por la mujer proveedora de salud, también se halla confirmada por situaciones previas de riesgo para su integridad física y emocional a causa de un hombre proveedor de

salud. Que en abuso de sus funciones, conocimientos y posición profesional; respecto a las circunstancias apremiantes, vulnerabilidad emocional y motivo de consulta de la usuaria; transgrede todo orden sanitario, cual reflejo de una sociedad misógina, en la que el hombre proveedor de salud, cosifica sexualmente a la usuaria. A quien hace sujeto de atención del hombre más no del proveedor de salud.

En ese sentido, no es menos de esperar que los conocimientos, habilidades, competencias de la mujer proveedora de salud referidos por las propias usuarias, son adicionales al solo hecho de ser mujer.

Si tuviera la oportunidad de elegir, de decidir, sería estee... con una mujer. Bueno.... sería una mujer porque habría más estee, ¡confianza, en que nos respondiera o de repente nos atendiera mejor! ¿no? ...O las cosas que nos pasan y ya pues en algún momento de su vida la han pasado ¿no? Y nos tiene más experiencia en ese campo (Jessica).

La usuaria se reafirma en su decisión de preferir atenderse con la mujer proveedora de salud, por el hecho de que es la más apropiada para la atención de su salud. No solo como profesional, en la resolución de sus consultas y calidad de atención; sino como ser humano, por la confianza y empatía que su género avala. Más aún, por la integración de su experiencia profesional con su vivencia personal, y lo que ser poseedora de tal integración representa para la usuaria.

Que sea una mujer. O sea, yo sé que eso es igual porque los dos son profesionales ¿no? pero uno como mujer prefiere uno de su mismo sexo ¿no?....De lo que enseña sus partes íntimas y todo eso ¿no? (Marie).

La usuaria no cuestiona las competencias profesionales de mujeres y hombres proveedoras/es de salud. No obstante, la decisión según sexo de el/la proveedor/a de salud está acorde a su preferencia de atención por la mujer proveedora de salud, pues representa estar ante un igual o semejante. Que va a otorgar el mismo respeto que la usuaria al cuerpo femenino; a la vez que, similares consideración y valoración como sujeto de atención, sobre todo, durante el examen físico.

Yo puedo ir y me encuentro con un hombre Obstetra voy a¡solamente limitarme! ¡me voy a limitar! Pero con una señorita que sea mujer, Obstetra y que me atienda... ¡Obviamente me voy a soltar más! Y le voy a hacer otra consulta y otra consulta... En cambio si fuese un hombre, sería más limitado (Sahara).

La decisión de preferir la atención de una mujer proveedora de salud, no solo hallaría su fundamento, en la confianza y la cercanía que la proveedora de salud representa para la usuaria. Más bien, serían las resultantes de la demanda por parte de la usuaria, de la calidad humana dentro de el/la proveedor/a de salud. Que pueda ofrecer mayor entendimiento y resolución de sus consultas como profesional de salud, pero a la vez pueda tener la capacidad de ponerse en su lugar como mujer.

Así como las características y valores asociados al hecho de ser mujer, a la naturaleza femenina, igualmente manifestados por las usuarias.

... porque sí me han examinado doctores y todo. Pero siempre hubiera preferido ¿no? mujer. Siempre cuando me hacen la cita prefiero estar con una mujer (Carla).

La usuaria ha recibido atención tanto de mujeres como de hombres profesionales de la salud. No obstante, el libre ejercicio de decidir atenderse acorde a su preferencia de atención, se ha caracterizado por la restricción total o mayoritaria, de oportunidades y espacios que faciliten y/o propugnen tal ejercicio. De ahí que la usuaria haya establecido otras rutas para lograr atenderse con la mujer proveedora de salud. Quien representa a la vez su finalidad de atención y su preferencia de atención.

¡Yo sé que ellas me van a entender y van a entender mejor mi problema! ...Y ellas van a sentirse mejor porque van a poder atender....Van a tener una mejor atención hacia uno ¿no? Entonces estee....es por eso que....básicamente creo la mayoría elige mujeres también ¡para que las atiendan! (Paola).

Además, la mujer proveedora de salud representa para la usuaria, el acceso a poder ser escuchada por otra mujer igual que ella; con las mismas posibilidades de vivir las experiencias de una usuaria, por ser mujer como ella. Que desde la perspectiva de la usuaria, se constituye en el aval de un abordaje diferente y más completo sobre su atención de salud. Que no solo involucra la calidad profesional sino la calidez humana durante la misma. Más aún cuando se trata de congéneres.

Sí mucha diferencia porque me gustaría más con una mujer que con un hombre porque con una mujer me siento más en confianza...(Tracy).

Esta diferenciación establecida por la propia usuaria, es la que resalta a la confianza que representa la profesional de salud por ser mujer, como una característica crucial para su decisión de preferir atenderse con una mujer proveedora de salud.

Por consiguiente, las usuarias han definido en forma tácita y manifiesta a la confianza, como uno de los valores que influyen en la preferencia por la mujer proveedora de salud durante el proceso de la atención y, específicamente en el examen físico. Mientras que ante el hombre proveedor de salud, es precisamente este elemento el que se encuentra ausente.

Esta confianza de las usuarias ante la mujer proveedora de salud involucra dos aspectos. La confianza para expresar abiertamente sus motivos de consulta ante la mujer proveedora de salud, que es profesional de salud además del solo hecho de ser mujer. Y la confianza para la realización del examen físico traducido en el sentimiento de tranquilidad por ser la proveedora de salud, mujer al igual que ella.

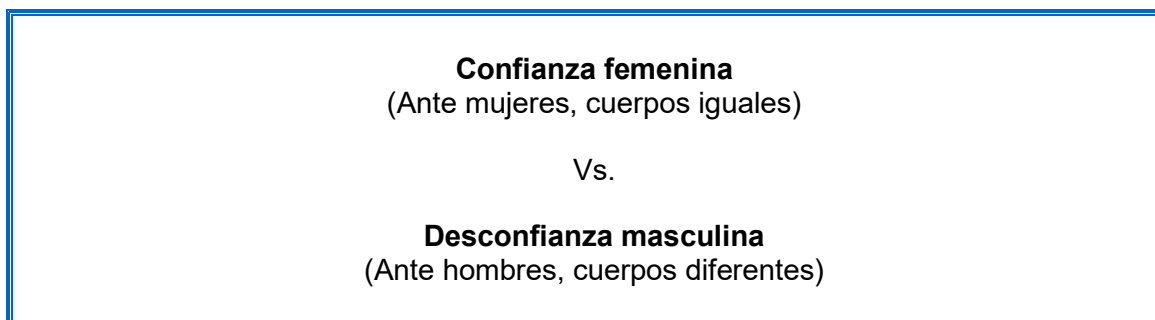
Mientras que al hombre proveedor de salud, por su condición de hombre, las usuarias no le asocian a la misma confianza que tienen con la mujer proveedora de salud. Si bien la usuaria al acudir a un establecimiento de salud se reconoce como sujeto de atención, es precisamente durante la atención de salud donde la usuaria ante el hombre proveedor de salud, distingue la atención del profesional de la atención del hombre. (Esquema N° 02)

ESQUEMA N° 02: MUJER SUJETO DE ATENCIÓN

Mujer → Sujeto de Derecho → Sujeto de Atención → Atención del profesional
→ Atención del hombre

Esta desigual confianza o desconfianza en el hombre proveedor de salud llega a su máxima expresión durante el desarrollo del examen físico; donde la ausencia o presencia de la tranquilidad en la usuaria, es la manifestación del cuerpo femenino que durante la atención de salud discierne, si solamente es sujeto de atención del profesional o si además es sujeto de atención del hombre. (Esquema N° 03)

ESQUEMA N° 03: CONFIANZA Y CUERPO



En ese sentido, es evidente para la usuaria, la imposibilidad por el proveedor de salud de tener experiencias, sentimientos, vivencias ligadas al cuerpo femenino, debido al hecho de ser hombre, de no poseer el cuerpo femenino. Y puesto que el hombre proveedor de salud, muestra obvias diferencias respecto al cuerpo femenino, es precisamente la presencia de este cuerpo distinto, la que representa potenciales relaciones no solo de desconfianza sino de abuso durante la atención de salud.

Asimismo, la desconfianza en el hombre proveedor de salud está fortalecida por el silencio subyacente de la usuaria ante el no realizar su preferencia de atención a la vez que su finalidad de atención: Que expone como al interior de la atención de salud, se pueden originar relaciones que se establecen, así como la desproporción en la distribución del poder, entre el hombre proveedor de salud y la mujer usuaria.

En ese sentido, la diferenciación biológica que sirve de fundamento a la diferenciación para la asignación de roles sociales, existente en nuestra sociedad, es la que favorece el poder del hombre proveedor de salud con el correspondiente avasallamiento en la mujer usuaria; cual reflejo de la hegemonía masculina, a fin de asegurarse el manejo del poder a nivel de todas las relaciones sociales, incluso en una atención de salud.

Por ello, el no realizar su preferencia de atención a la vez que su finalidad de atención, conlleva a las usuarias al reconocimiento de entornos de salud caracterizados por la ausencia parcial o total de oportunidades y del espacio, para ejercer su preferencia de atención aunada a la finalidad de la atención; generando un proceso de adaptación ante las atenciones de salud brindadas por los diferentes establecimientos de salud poseedores de estos entornos.

En este proceso de adaptación, existe toda una transformación a seguir desde las representaciones sociales de las usuarias hasta las realidades sociales de las usuarias. Es decir, la transformación desde sus preferencias hasta sus elecciones, que se encuentra mediada por la toma de decisiones de las usuarias. Quienes resuelven por el obtener o no, la preferencia de atención y la finalidad de atención a la vez. (Esquema N° 04)

ESQUEMA N° 04: LA DECISIÓN DE LA USUARIA



De tal manera que la ausencia de oportunidades y de espacios para la satisfacción de la preferencia y/o finalidad de atención, es el escenario regido por las relaciones de género, en el que las usuarias evidencian un ejercicio activo de la voluntad y de la acción al decidir obtener la preferencia de atención y la finalidad de atención a la vez. Mientras que las usuarias expresan un ejercicio pasivo de la voluntad y de la acción cuando deciden obtener solamente la finalidad de atención, respecto a las posibilidades de realizar la autonomía y la autodeterminación ante la mujer proveedora de salud o el hombre proveedor de salud.

Esta estructura de género es la que se desvela inserta en los servicios de salud en general, de salud sexual y salud reproductiva, de planificación familiar. Es la organización social basada en el género que a nivel del sistema sanitario, en lugar de promover y favorecer el conocimiento, la conciencia y la participación de las usuarias en la toma de decisiones sobre su salud, su cuerpo y su vida, las mantiene distantes y ajenas a estos procesos; en una prolongación del tutelaje y el control del cuerpo femenino, por las políticas poblacionales y modelos de salud vigentes.

VI. Relación entre preferencia y decisión de atenderse por el/la proveedor/a de salud.

6.1 Relación de preferencia y decisión según sexo de el/la proveedor/a de salud en la atención de salud general, salud sexual y salud reproductiva, planificación familiar.

Las usuarias en sus declaraciones, han determinado que el preferir definitivamente no es lo mismo que el decidir. El preferir es un proceso muy subjetivo e interno de las usuarias, susceptible de hacerse realidad o no a través del elegir. Donde el decidir es el proceso por el cual el preferir puede verse expresado o no en el elegir.

En cambio, yo solamente en mi mente voy a tener “prefiero”, “prefiero hacer esto”, “prefiero hacer lo otro”. Y nunca me van a decir: “Sí, lo vas a hacer” porque es... es un hospital que siempre te van a imponer, pero si yo voy y hablo, yo puedo decidir por mí misma y atenderme si es que es con un doctor o con una doctora (Daniela).

Al respecto, la decisión se diferencia de la preferencia en cuanto va asociada a la obtención de algo que puede ser lo que se prefiere o no. Por ello, hay usuarias que en

sus expresiones, demuestran que han desarrollado la conciencia y el conocimiento de hacer posible a la vez la preferencia de atención y la finalidad de atención.

El... el preferir no... no es, a veces, lo que uno logra obtener ¿no? En cambio si yo decido... si yo decido que quiero atenderme con la doctora en la tarde... ¡Lo hago! ¡Y lo hice ese día! ¿no? ¡Lo hice en ese momento! Me tuvo que entregar el dinero y me atendí en la tarde. Regresé en la tarde y me atendí en la tarde con la doctora. Eso fue lo que decidí y lo obtuve (Ana).

Y asimismo, existen usuarias que poseedoras de la misma conciencia y el mismo conocimiento solamente aceptan lo que encuentran, o lo que se les impone en la atención de salud.

¡Por el tiempo! Por el tiempo más que todo... porque es... como tengo bebés pequeños y.... Ya como le digo... la cita ya está pactada...(Nereida).

En ese orden, se aprecian dos diferentes situaciones resultantes, el hacer posible a la vez la preferencia de atención y la finalidad de atención; y el solamente aceptar lo que encuentra o se le impone en la atención de salud. Sin embargo, ambas situaciones poseen dos elementos iniciales en común, la conciencia y el conocimiento. Que revelan a la decisión como la resolución ante estas situaciones, en función de la viabilidad o inviabilidad de ejercer la preferencia de atención junto a la finalidad de atención en determinado entorno de salud.

La decisión por la viabilidad de ejercer la preferencia de atención junto a la finalidad de atención si bien está reflejada en el elegir, desvela también el control del elegir de la usuaria, por la mujer proveedora de salud. Y la decisión por la inviabilidad de ejercer la preferencia de atención junto a la finalidad de atención, si bien también está reflejada en el elegir de la usuaria por el hombre proveedor de salud, expresa además el no control del elegir de la usuaria, por la mujer proveedora de salud.

Este no control del elegir de la usuaria es la negación o inexistencia de oportunidades y espacios para aplicar al mismo tiempo la preferencia de atención y la finalidad de atención por las usuarias, siendo el establecimiento de salud el que detenta el control y la oferta de las atenciones de salud, donde el menú de servicios de salud en general, de salud sexual y salud reproductiva y planificación familiar, recursos humanos, insumos, infraestructura, etc. son regulados por las políticas de salud existentes.

VII. Elementos que influyen en la preferencia de las usuarias con respecto al sexo de el/la proveedor/a de salud en salud sexual y salud reproductiva.

7.1 El examen del cuerpo.

Las usuarias expresan abiertamente que es totalmente diferente para ellas, el ser examinadas por una mujer proveedora de salud que por un hombre proveedor de salud.

Empecé a sentirme ya demasiado incómoda y sentía que lo hacían ya con doble sentido ¿no? O sea... con mañosería, no? Entonces, deseché la idea de... de atenderme con estos doctores y me atendí por una doctora. Entonces, me dí cuenta en esos momentos que... que era más saludable... para mí, no? En el sentido de que ella me explicaba todo lo que yo quería saber. Y yo también le preguntaba muchas cosas, ella me ayudó mucho. Y sí hay mucha diferencia ¿no? (Ana).

El cuerpo de la mujer y más aún las zonas denominadas como partes íntimas se encuentran revestidas dentro de un contexto de privacidad revelado por las propias usuarias.

Ayyy estéee.... yo preferiría una mujer porque si es digamos ver nuestras partes íntimas de la mujer yo preferiría que sea una m..., una dama ¿no? que me examine ¿no? Estaría más con confianza.... No estaría con el recelo de que.... que me está examinando quizás ¿no? estéee...(Helena).

Donde la exposición del cuerpo femenino y el examen físico de sus partes íntimas y no tan íntimas, representan la exploración y la intromisión a su esencia física o de género.

Te examinan muy toscamente ¿no? entonces con una mujer una le dice: "Sabe qué, me duele, me pasa esto ¿no?". En cambio con un hombre, a veces se tiene que quedar callada (resignación) (Gabriela).

Que solo es comprensible y valorable por alguien igual que ella, alguien que sea mujer como ella y por tanto, que posea el cuerpo femenino al igual que ella.

Bueno creo que es mejor con una mujer que te examine que con un hombre ¿no? porque con la mujer te sientes como... Más confianza ¿no? En cambio con un hombre como que es un poquito más de vergüenza o algo así ¿no?...A lo mismo que SOMOS MUJERES ¿no? y nuestro cuerpo igual. En cambio, con un hombre es diferente sexo y todo eso ¿no? (Irma).

Las representaciones sociales de las usuarias asociadas al sexo de el/la proveedor/a de salud aluden a las dimensiones profesional y personal contenidas en las mismas; pues otra trascendental diferencia es que para las usuarias, es innegable que durante el examen físico del cuerpo de la mujer, no solo esté presente la dimensión profesional sino también la dimensión personal en el hombre proveedor de salud, manifestada por sus características físicas corporales al examinar a la usuaria y sus características sociales en su forma de ser con la usuaria, precisamente por su condición de hombre. Esta diferencia está ampliamente corroborada por conocimientos y experiencias de otras mujeres, usuarias al igual que ellas, pero además por conocimientos y experiencias de ellas mismas.

Bueno ¡No! porque de mujer a mujer uno conoce su cuerpo....De hombre a hombre....De hombre a mujer ¿no? ...porque si me atiende una mujer me siento más tranquila porque....es una mujer y....Bueno ¡es mujer! ¿no? Sabe lo que una mujer lleva ¿no? El hombre ¡no! porque es hombre y...Y mi idea ¡siempre te va a mirar....! ¡No te va a mirar como paciente sino te va a mirar como mujer! (Sahara).

Durante el examen físico, el cuerpo de la mujer adquiere dos tipos de atenciones en que si bien la usuaria es sujeto de atención del profesional, el hecho de que la usuaria también es sujeto de atención del hombre, la expone a que sea la atención del hombre inmersa en la atención del profesional la que dirija el examen del cuerpo femenino. El nivel de exposición sería inaudito cuantificarlo tanto más por la situación de exposición en sí de la usuaria que por la realización de la invasión a su fuero interno sea éste físico y/o emocional, nada cercano a ser sujeto de atención siendo más bien tratada como objeto de atención del hombre más no del proveedor de salud.

Asimismo, detrás de la resignación y de la aceptación del examen físico por el hombre proveedor de salud, las usuarias evidencian temor a la reacción del hombre proveedor de salud si manifiestan alguna queja o reclamo durante la realización de dicho examen. Esta diferencia adicional respecto a la mujer proveedora de salud es fundamentada por las usuarias en relación a los siguientes aspectos:

1. El hombre proveedor de salud no posee el cuerpo femenino, está imposibilitado de sentir, ni siquiera aproximarse a lo que es vivir y experimentar el cuerpo femenino, mucho menos comprender la incomodidad de la usuaria. La mujer proveedora de salud, es mujer, tiene el cuerpo femenino.

2. Las dimensiones anatómicas de las manos del hombre proveedor de salud son asociadas a tosquedad y sujeción en el examen físico, en contraste a la delicadeza y la soltura durante el mismo examen físico realizado por la mujer proveedora de salud.
3. El hombre proveedor de salud dista de establecer un ambiente de confianza y de comunicación que motive y estimule a las usuarias a expresarse libremente y tener mayor participación para decidir sobre su salud, en comparación a la mujer proveedora de salud.
4. El recelo y la vergüenza resultantes de la intimidación en la usuaria, de no ser mirada como paciente sino como mujer por la condición de hombre del hombre proveedor de salud, a diferencia de la mujer proveedora de salud; quien por su condición de mujer, es igual de mujer que la usuaria.

Otra diferencia identificada es que las usuarias si protestarían o reclamarían ante la mujer proveedora de salud y no ante el hombre proveedor de salud: Las usuarias infieren que el hombre proveedor de salud al no poseer el cuerpo femenino, no lo vive, no lo conoce, no lo experimenta por sí mismo. Y en el afán de absolver este insalvable desconocimiento originado por su propia condición no femenina, el hombre proveedor de salud a través del examen físico persigue el control del cuerpo femenino; pues si no lo vive, lo explora; si no lo conoce, lo examina; si no lo experimenta, lo posee o sujeta. El examen físico constituye para las usuarias ya sea en forma consciente o no consciente, una prolongación del control o el poder que el sexo opuesto reclama sobre el cuerpo femenino en sociedades organizadas en base al género.

De este modo, sería innecesario explicitar la presencia del género en la estructura social para salvaguardar el detentar del poder por determinado sexo, si es socialmente aceptada la aplicación habitual de los procedimientos institucionales; en este caso, en los servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSSR). Al respecto, en Kabeer (2001) se refiere que una dimensión del poder, señala que los conflictos de intereses son susceptibles de ser silenciados e incluso erradicados en la toma de decisiones; pero además, en la conciencia de las personas implicadas que admiten una realidad social que niega las desigualdades y la injusticia social, incorporándose a una organización del poder dirigida por patrones culturales y prácticas institucionales. Donde los conflictos entre grupos dominantes y grupos subordinados están ausentes de apertura, pues tanto los patrones culturales como las prácticas institucionales regulan las aspiraciones, carencias y preferencias de sus integrantes, pues todos cumplen los roles asignados en tal realidad social.

7.2 La vergüenza

Las usuarias han manifestado sin excepción haber experimentado vergüenza ya sea en forma explícita o en forma implícita. Al respecto, los aspectos señalados que reforzarían esta vergüenza son los siguientes:

1. Atención realizada por el hombre proveedor de salud. Las representaciones sociales de las usuarias asociadas al sexo de el/la proveedor/a de salud emergen poderosamente durante el examen físico, conforme a lo expuesto por las usuarias.

En cambio con una mujer es más fácil ¿no? Ahí no tienes ni un poco de vergüenza o así. Por lo mismo que es varón y te está tocando, te está viendo (Carla).

Donde la vergüenza ante el hombre proveedor de salud es la resultante no tanto del examen físico como el hecho de ser un hombre quien la examina, ya que la usuaria no tiene la seguridad de que el hombre profesional de salud solamente la vea como sujeto de atención profesional.

Sería como digo, delante de una mujer que porque es del mismo sexo ¿no?, No, ¿cómo te puedo decir?... Es mujer igual que una. En cambio el varón.... como que más.... un poco más de recelo, vergüenza...(Estefanía).

Si bien en la exploración física la usuaria puede aceptar ser revisada, pero no está totalmente confiada en el hombre proveedor de salud, ya que se establece una relación o contacto físico en un área corporal reservada para su pareja.

¡No! Me sentiría incómoda si me revisa un.... ¡un hombre! ¡De verdad! Me sentiría ¡incómoda! ¡incómoda! Pero con una mujer.... ¿no? Tranquila.... Más.... ehhh! Más tranquila sería! (Vicky).

Más aún, la posición litotómica del cuerpo femenino a efectos del examen físico, genera en las usuarias un proceso de desexualización de las denominadas zonas íntimas, negándoles el contenido sexual asociado a éstas; pues a través del examen físico, ubica estas zonas íntimas dentro de un procedimiento esquematizado más, dentro de los servicios de salud que excluyen todo aspecto no contemplado en el orden sanitario vigente. Al respecto, la aceptación de la usuaria se ve reforzada por la desexualización de esta situación, realizada por ella misma en un afán de preservar su dignidad humana.

2. Intimidación. Las representaciones sociales de las usuarias asociadas al sexo de el/la proveedor/a de salud identifican en el hombre proveedor de salud, características físicas y características en su forma de ser asociadas a su condición de hombre.

.... ¡Es un hombre! Una persona que no conoces.... Es una persona extraña pero es una mujer y.... Como que es de tu mismo sexo ¿no? y entonces.... Hay más conf.... Más espacio. Más confianza de decirle lo que tú tienes (Jessica).

Que distan de favorecer la comunicación entre el hombre proveedor de salud y la usuaria.

Ajá.... ¿Con una mujer? Con una mujer ¿no?; porque como es mujer todas las partes de una mujer ella también lo tiene lo que yo tengo y por eso casi no, no me da vergüenza. En cambio con el hombre, de repente ¿no? he pensado siempre que de repente se me insinúa algo. Y por eso, es que he tenido la vergüenza. Así es (Leila).

Todo lo contrario, las dimensiones anatómicas del hombre proveedor de salud se relacionan con rudeza, que aunada a la ausente o escasa expresión oral del mismo, producen en la usuaria un estado de alerta cuando no de amenaza ante la posibilidad de que el hombre proveedor de salud se propase como hombre, abusando por su ventaja en el rol de profesional, violentando su intimidad corporal como emocional.

3. Miedo. Existe un conocimiento de la mujer sobre el cuerpo femenino, de sus zonas íntimas y de sus zonas no muy íntimas. Este conocimiento unido a la experiencia de vivir el cuerpo femenino, son los que se legitiman ante las mujeres que prefieren atenderse por mujeres en sus declaraciones.

Con una mujer... ¿porqué? Porque... como es mujer yo pienso que... voy a tener... Tengo más confianza con ella ¿no? Con una mujer.... Por decir en los hombres... por lo que tengo miedo ¿no? que más que nada... me vayan a manosear... ¿no? Tengo vergüenza más... que vaya a manosearme... Me vaya a estar tocando, me vaya a estar mirando, me va a estar diciendo algo... Y todo eso (Belinda).

La mujer usuaria en este proceso de legitimación, conoce y experimenta a través de la mujer proveedora de salud, el poder de decidir sobre su cuerpo; y reconoce en sí misma

la capacidad de delegar este poder en quien crea conveniente, en las condiciones más apropiadas para ella y en el tiempo que crea conveniente.

Con una mujer uno se siente más estee... No, no sé, más.... Más segura... más estee.... desinhibida; o sea, tranquila. Con un hombre, ya un poquito más de.... de vergüenza, de.... no sé de... de.... ¡De vergüenza, pues! (Florencia).

En comparación, el hombre proveedor de salud por su condición de género, está imposibilitado de acceder tanto a dicho conocimiento como a dicha experiencia. De ahí, que las representaciones sociales de las usuarias asociadas al sexo de el/la proveedor/a de salud, mantienen la visión del hombre inmerso dentro del proveedor de salud. Donde el miedo al hombre proveedor de salud, es la exteriorización de las dificultades de las usuarias para lograr la autonomía ante el que no conoce ni vive el cuerpo femenino, el otro, el hombre; debido a condicionantes sociales y/o culturales, específicamente las construcciones de género.

Bueno, un doctor que atendió bien toscamente. Y a veces, una siente miedo ¡un poco de temor! En cambio, pienso que una mujer es un poco más sensible por lo mismo que es mujer, por lo mismo que estéee.... a veces ha tenido hijos también ¿no? y siente como es eso (Gabriela).

Este miedo al hombre proveedor de salud, por ser quien realice el examen físico aunado al cómo va a realizar y qué va a utilizar en el examen físico; se constituye cual resultante, de las diferentes dificultades que enfrentan las usuarias para adquirir autonomía corporal, entre otras. Y es el que ocasiona que sus facultades, su poder de acción y reacción, sus preferencias; sean imperceptibles a sí mismas, a sus saberes y experiencias, a los conocimientos y experiencias de los demás.

4. Posesión del cuerpo femenino. El acceso al cuerpo femenino está configurado de tal forma que el/la examinador/a por su rol profesional y, por su posición durante el examen físico, establece el control del cuerpo femenino.

¡Sí! porque es hombre pues.....Imagínese es una persona extraña yBueno, en el caso de que sea una mujer ¡es....como le decía...es del mismo sexo! Pero en caso de que sea hombre...es....¡diferente! porque imagínate que diga "Ah estéee....a ver señora...por favor, ábrase para que la revise....Por favor, abra sus piernitas....¡Ay! ¡Cómo que...! ¡Ay, ahí está el roche! ¡Cómo que te intimida! ¿no? (Marie)

Al respecto, la denominada posición litotómica devela y objetiva toda la esencia del asistencialismo en los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Esta posición de litotomía masivamente conocida como posición ginecológica, consiste en que la usuaria adopta la posición de echada con la boca hacia arriba en una camilla que tiene un apoyo para colocar las piernas, o bien, para introducir los talones. La usuaria permanece echada teniendo que mantener sus muslos y piernas, flexionadas y separadas, quedando exhibida la zona genital para su examen. Mientras que quien examina se sentará frente a la zona genital durante la exploración de dicha zona, más aún si se realiza la evaluación con espéculo. Y además, deberá detenerse para efectuar la palpación bimanual.

Durante la exploración bimanual, las manos de quien examina deben estar enguantadas, principalmente la mano que va a tener contacto directo con los genitales. Una vez realizada la evaluación de los genitales externos, la zona del vestíbulo y la inspección del cérvix uterino con espéculo, se introducen en la vagina los dedos medio e índice de la mano examinadora (mano en pelvis) previamente humedecidos con un gel lubricante; que deben deslizarse ejerciendo leve presión en la pared posterior y no

en la pared anterior de la vagina, hasta llegar al cérvix uterino y los fondos de saco adyacentes para iniciar la evaluación de los genitales internos. Al mismo tiempo, la otra mano examinadora (mano en abdomen) se posicionará alternativamente en la espina iliaca anterior superior del lado derecho e izquierdo para que en forma conjunta la mano en pelvis, con la mano en abdomen valoren los órganos genitales internos de ambos lados.

No obstante, la realización de esta maniobra no excluye la posibilidad de producir dolor si se ejecuta de manera inadecuada. Por lo general, el aumento en la frecuencia de posibilidades de producir dolor, se encuentra asociado en forma directa a la aplicación brusca del examen bimanual por parte de quien lo ejecuta.

Además, al uso indistinto de instrumentos muy gruesos y a la presión ejercida sobre la pared anterior de la vagina que se encuentra en contacto directo con la uretra. Sin embargo, los criterios para determinar el uso de los instrumentos y el desarrollo de una buena praxis en el ejercicio profesional, también son responsabilidad de quien realiza el examen pélvico.

Otro aspecto a resaltar dentro de la incumbencia profesional, está relacionado con las demás áreas del cuerpo, las zonas no tan íntimas; que si no van a ser examinadas, deberán estar cubiertas ya sea por la ropa de examen para la usuaria, una sábana o con la propia ropa de la usuaria; porque en igual forma, las zonas no tan íntimas forman parte del todo que es el cuerpo femenino para las usuarias.

Este cuerpo femenino de las usuarias, quienes sin ser consultadas para su satisfacción, es sometido a la imposición y fines de esta denominada posición de litotomía. El cuerpo de la mujer es ordenado y posicionado para la atención de salud, en el que la posición de litotomía no solo perfila el acceso al cuerpo femenino sino que a través del examen pélvico y durante su realización, fundamenta el control y posesión del cuerpo femenino convirtiéndolo en una categoría de atención, cual espacio de accionar de el/la profesional de la salud, en una prolongación del poder institucional del sistema de servicios de salud y los modelos sanitarios vigentes.

.Bueno ¡es mujer! ¿no? Sabe lo que una mujer lleva ¿no? El hombre ¡no! porque es hombre y...Y mi idea ¡siempre te va a mirar....! ... O sea, te puede auscultar pero te puede estar viendo, te puede estar revisando. Mientras que él va viendo pero puede pensar otra cosa. Entonces ¡no es lo mismo! (Sahara).

Además, la aplicación de este procedimiento desde el ejercicio profesional, constituye al examen pélvico en una situación inevitable para la usuaria dentro del modelo de atención de salud sexual y salud reproductiva. Siendo precisamente este modelo de atención el que identifica la esencia del asistencialismo, al crear una clara situación de dependencia de la usuaria que no promueve, y mucho menos, garantiza la dignidad de la usuaria en el sistema de los servicios de salud; pues al asignar en la usuaria la posición de litotomía, no solo está declarando su inmovilidad y desconociendo su voluntad sino que establece progresivamente un proceso de deshumanización del cuerpo femenino, distorsionando incluso la visualización profesional del cuerpo de la mujer.

Esta distorsión, experimentada por la usuaria cuando está ante el hombre proveedor de salud, transita desde el mirar que el cuerpo femenino es el ámbito privado que tiene a la usuaria como poseedora, para ser sujeto de atención; hasta el mirar el cuerpo

femenino de la usuaria como posesión de un ámbito público, cuando no para ser siquiera objeto de atención en sí, sino en aras del ofrecimiento del cuerpo de la mujer como objeto y campo de acción del quehacer asistencial, transformando su condición de ser humano en una cosa o espacio, que se encuentra a la disposición de la investigación y de la intervención continua de las políticas asistenciales de turno.

Asimismo, esta posición de dependencia de las usuarias que las conlleva a estar ante el control del hombre proveedor de salud, el otro, evidencia un enorme simbolismo. Al estar echada la usuaria, no le es posible mirar su zona genital, siendo esta imposibilidad de movimiento la que la priva del relacionarse con sus impulsos y sentires, tanto físicos como emocionales. En igual forma, el hecho de que la usuaria esté echada con el otro en pie frente a ella, tiene un claro significado de poder; porque si bien se encuentra en una posición categorizada como más cómoda, ésta comodidad es para la exploración y la intervención del otro. Por tanto, si bien es demostrable que la inmovilidad es completa, de igual manera el acceso a su cuerpo es total; aumentando las posibilidades de vulnerabilidad de su situación por la facilidad con que el otro puede hacer su cuerpo más accesible o más vulnerable de lo que ya es, así como el silenciamiento de la voz de la mujer para elegir a la mujer proveedora de salud, conforme a su preferencia de atención en los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

7.3 La vergüenza asociada a:

7.3.1 La edad de la usuaria.

Las representaciones sociales de las usuarias asociadas al sexo de el/la proveedor/a de salud, expresan de una u otra forma la existencia de la vergüenza en las mismas, ya sean jóvenes o adultas, si la atención es realizada por un hombre proveedor de salud. Pues si bien la usuaria joven puede sentir más vergüenza que la usuaria adulta, esta situación más bien depende de si es la primera vez que la usuaria acude a una atención en salud sexual y salud reproductiva, así sea joven o así sea adulta. La vergüenza será la misma, sea el caso de una mujer joven, o de una mujer adulta.

Creo que sería... creo que depende ¿no? Porque tanto la joven como de repente la mujer adulta van... van por primera vez a un consultorio ¿no? Si es así, pues, no dependería de la edad... sino de la... primera vez... de su primera experiencia ¿no? „Sí, yo creo que la vergüenza tanto en la mujer joven como en la mujer adulta seguiría ahí ¿no? seguiría ahí. Por tanto, yo creo que la mujer joven o adulta se sentiría mucho más... más tranquila siendo revisada por... por una doctora (Ana).

Además, la misma usuaria siendo joven o adulta, igualmente tiene vergüenza porque a la usuaria le importa más el siempre ser atendida por una mujer proveedora de salud. Donde las representaciones sociales de las usuarias asociadas al sexo de el/la proveedor/a de salud, muestran que el temor al hombre proveedor de salud por ser hombre, es mayor en la entonces usuaria joven al ser atendida por el hombre proveedor de salud, respecto a la usuaria cuando ya adulta.

Esta mayor importancia otorgada por la usuaria a recibir atención por la mujer proveedora de salud que si bien expresa la preferencia de ser atendida por dicha profesional, se encuentra además relacionada a la situación de tranquilidad que experimenta la usuaria, si se realiza en forma invariable la atención en salud sexual y salud reproductiva por la mujer proveedora de salud. Sin embargo, las mismas usuarias identifican que no todas las mujeres tienen la alternativa de elegir su preferencia de atención en establecimientos del Estado, sin el temor de ser atendidas por el hombre

proveedor de salud, ni la economía para acceder a instituciones particulares y elegir acorde a su preferencia de atención, con el fin de tener la tranquilidad de que siempre va a ser atendida por una mujer.

¡Va a ser difícil sacarse la ropa! Es igualito como.... Como decir si uno tiene un segundo compromiso, es igualito empezar una... ¡Empezar! ... ¡Empezar de nuevo! O sea, siempre, de todas maneras sea, una mujer mayor o una mujer menor siempre vamos a tener igualito de vergüenza, ¡Nunca la vamos a perder! (Daniela).

Otro aspecto concerniente, es que para las usuarias, el acto de retirarse la ropa tiene un contenido sexual asociado a la intimidad de su relación de pareja. A tal efecto, el hecho de preservar su privacidad ya no solamente está directamente relacionado con el ser la poseedora del cuerpo femenino, sino que en igual forma con la relación de pareja que ha establecido a través de este cuerpo femenino; así como con las valoraciones de la relación que construyó, del hombre con quien se involucró, del contexto en que la relación se desarrolló; porque no solamente existe vergüenza ante el hombre proveedor de salud, sino que como trasfondo se expresa recelo ante el hombre proveedor de salud, por la condición de ser hombre. Más aún, cuando en todas las ocasiones que la usuaria solicita atención en salud sexual y salud reproductiva, siempre es distinto el hombre proveedor de salud para cada ocasión en que se realiza la atención.

De ahí que para la usuaria, la atención por la mujer proveedora de salud le brinda la confianza revestida de tranquilidad, de mantener salvaguardado su ámbito privado. Tanto del cuerpo femenino cual territorio físico en sí, como de los saberes y experiencias adquiridos por el cuerpo femenino a través de sí. Pues ante la usuaria, la mujer usuaria al igual que la mujer proveedora de salud, son mujeres que poseen, conocen y experimentan el vivir el cuerpo femenino.

7.3.2 Número de atenciones de la usuaria.

La vergüenza va más allá de si es la primera atención o si ya tiene varias atenciones. La vergüenza está directamente involucrada al sexo de el/la proveedor/a de salud, siendo la preferencia de atención de la usuaria por la mujer proveedora de salud.

No, creo que es la misma. Preferible, yo prefiero que sea una mujer ¿no? (Carla).

Sin embargo, esta preferencia dista de ejercerse debido a la menor presencia de mujeres proveedoras de salud, respecto a los hombres proveedores de salud en los diferentes establecimientos de salud, cuando no a la invisibilización de las y los profesionales de salud de turno dentro de los servicios de salud que se ofertan; muy distante de corresponder a un sistema de servicios de salud responsable, transparente y organizado.

Al respecto, la preferencia de la atención en salud se ve supeditada ante la finalidad de la atención en salud a través de un proceso de ahormación de la voluntad de las usuarias por parte de los servicios de salud.

Bueno en mi caso como me examina una mujer no tengo problemas ¿no? Y si es un hombre sí tengo mucha vergüenza (Irma).

La usuaria no experimenta una imposición literal de la atención por el hombre proveedor de salud, sino que es persuadida y conducida a aceptar la atención por el hombre proveedor de salud en aras del bienestar de su propia salud, siendo violentada y coaccionada a violentar ella misma, no solamente su preferencia de atención, sino sus atributos y facultades como ser pensante y actuante a través del acallamiento, hasta la

negación de su capacidad y ejercicio de preferir, ya que el sistema de servicios de salud está estructurado para brindar coberturas numéricas de atenciones, sin necesariamente garantizar a las usuarias el poder ejercer su preferencia de atención. Y menos aún, hacia la satisfacción de la preferencia de atención a la vez que la satisfacción de la finalidad de la atención.

En mi opinión, bueno, como también a veces en el hospital o a veces en el centro de salud entre pacientes nos consultamos ¿no?... Entonces así, más o menos yo digo ¿no? y creo que es mayormente las pacientes quieren que -como somos mujeres ¿no?- quieren que nos atien.... O sea nos atiendan una.... ¡una mujer! (Helena).

Sin embargo, la usuaria mantiene en su interior esta preferencia de atención. La que es fortalecida y validada por otras usuarias en espacios comunes a ambas, las salas de espera, donde pueden establecer comunicación e intercambio de opiniones acerca de la atención que vienen recibiendo como usuarias continuadoras de un determinado servicio y/o establecimiento de salud. En estos espacios, la usuaria ante sus pares puede expresarse con total libertad y confianza, manifestando su preferencia de atención por la mujer proveedora de salud, por ser mujer al igual que la usuaria.

Esta manifestación de la preferencia de atención por parte de la usuaria, si bien hace evidente la expresión de su preferencia ante sus iguales, en igual forma identifica la demanda de la usuaria por acceder a servicios de salud sexual y salud reproductiva que integren los reales requerimientos de las usuarias. Y dentro de estos requerimientos, acerca de a quienes las usuarias no solamente demandan sino que prefieren para brindar directamente la atención a la usuaria, es decir, a las mujeres proveedoras de salud.

No obstante, la usuaria siendo conocedora de las condiciones en que se desarrolla la atención de salud sexual y salud reproductiva, dentro de un sistema de servicios de salud que la agrede como ser pensante y actuante, en algunos casos ha llegado a generar a través de la identificación de las frecuencias y de los horarios de atención de las mujeres proveedoras de salud, una alternativa de uso de los servicios de salud.

Al respecto, bien señala Ortner (en Yon, 2000) que toda actividad del ser humano tiene su origen en el orden social y cultural, pero también manifiesta que el ser humano tiene el potencial para originarlas y modificarlas. Pues, si bien las usuarias se perciben inmersas en un sistema de servicios de salud que las excluye de su potestad de preferir, decidir y elegir para la satisfacción de su preferencia de atención; y que las expone a diversos riesgos sexuales y reproductivos al considerar solamente la finalidad de la atención sin garantizar la satisfacción de dicha atención; en igual forma las usuarias son seres con pensamientos, conocimientos, experiencias e intenciones propias, que se desenvuelven en determinados contextos y ámbitos a efectos de llevar a cabo otros usos y visiones posibles.

De ahí que esta alternativa de uso de los servicios de salud, que no se encuentra exenta de ciertas limitaciones y/o restricciones, representa la voluntad e iniciativa particular de la usuaria, para responder a la propia demanda de una atención de salud sexual y salud reproductiva, que incorpore la satisfacción de la preferencia de atención al mismo tiempo que la satisfacción de la finalidad de la atención.

7.3.3 Número de hijos de la usuaria.

La presencia de la vergüenza es la misma así se haya tenido hijos o no se haya tenido hijos, conforme a los comentarios de las usuarias.

Bueno, es lo.... Si se ha tenido hijos o no, es lo mismo ¿no? La vergüenza es igual (Jessica).

Si bien es posible que la mujer que por primera vez va a tener un hijo experimente mayor vergüenza que aquella que ya los ha tenido, se evidencia que la vergüenza está más bien asociada a las representaciones sociales de las usuarias acerca del sexo de el/la proveedor/a de salud.

Yo preferiría que sea una mujer que sea un hombre porque así yo me siento más tranquila con... que sea mujer ¿no? ...con más confianza pues ¿no? ...Por lo que ya mismo... todas esas cosas me ha pasado con los doctores ...(Belinda).

Y a las propias y, ajenas experiencias previas insatisfactorias que generaron desconfianza ante la atención de salud sexual y salud reproductiva por un hombre proveedor de salud.

Sí, también, el mismo miedo porque nunca se olvida una.... Una, una vez que te sucede, ya siempre queda (Katya).

Esta vergüenza siempre presente, ya sea que la usuaria haya tenido uno o más hijos o aún no los ha tenido, está directamente relacionada al hecho de que de una u otra forma la usuaria va a exponer su cuerpo, sus zonas íntimas y sus zonas no tan íntimas.

Bueno en mi caso yo siento ig... igual vergüenza ¿no? por más que he tenido.... que he tenido hijos (Gabriela).

Sin embargo, para la usuaria, al estar tanto una u otra parte del cuerpo femenino o todo el cuerpo de la mujer investido de esta intimidad; aunada a sus representaciones sociales sobre el sexo de el/la proveedor/a de salud; no resulta ilógica su preferencia de atención por la mujer proveedora de salud frente al hombre proveedor de salud, dada la connotación que la condición de hombre del proveedor de salud representa para la usuaria.

Y el que la exposición de sus zonas íntimas y sus zonas no tan íntimas sea ante un hombre proveedor de salud, refuerza en la usuaria, las principales ideas siguientes:

1. Grupo de referencia. La inmediata impresión de la usuaria frente al hombre proveedor de salud, es que por ser hombre, es el que no tiene el cuerpo femenino; por tanto no experimenta el cuerpo femenino, ni el vivir el cuerpo de la mujer, ni ocasiona en la usuaria mayor agrado o interés. Dada su condición sexual, es inexistente la posibilidad, tanto física, emocional y cultural del “ponerse” en el lugar de la mujer.
2. El hombre inmerso dentro del profesional. Existe la desconfianza debido a que sea no el profesional, sino el hombre quien abusando de su rol de proveedor de salud violente la integridad física y mental de la usuaria.
3. La objetización del cuerpo femenino. A través de su cuerpo, la usuaria percibe que no es tratada cual sujeto de atención sino más bien como un objeto o espacio de investigación; siendo precisamente el cuerpo femenino, la cosa o el ámbito de exploración. La ausencia de comunicación o de la fluidez en la misma durante la consulta, agregada a la tosquedad para la realización del examen físico en su cuerpo fortalecen esta idea, con el consiguiente desagrado e insatisfacción no

siempre expresados de poder ejercer y obtener su preferencia de atención al igual que su finalidad de atención en los diferentes establecimientos de salud.

4. La fragmentación del ser humano femenino. Durante la objetización del cuerpo femenino, al constituirlo como el objeto o el ámbito de la exploración, se le desmiembra del todo que es el ser humano femenino; conllevando a la negación de la existencia de la voluntad, de las capacidades y facultades inherentes a todo ser humano y del poder de decidir de la usuaria.
5. El violentamiento a su intimidad. Al realizarse la objetización del cuerpo femenino con la resultante fragmentación de la unidad del ser humano femenino, no es de extrañar la realización del examen físico cual representación del violentamiento a su intimidad como el siguiente paso, en este proceso de legitimación del poder institucional, hacia la eliminación de la condición de ámbito privado del cuerpo femenino. Pues ante la usuaria todo el cuerpo de la mujer se encuentra investido de esta intimidad, ya que es precisamente la preservación de su privacidad la que avala dicha intimidad, no solamente asociada al cuerpo femenino y a la relación de pareja, sino como fundamento esencial del poder decidir la propia usuaria sobre su cuerpo, su salud, su vida.

7.4 Elementos vinculados a la zona genital.

La atención en salud sexual y salud reproductiva involucra el examen de las partes íntimas de una mujer por parte de el/la proveedor/a de salud. En ese sentido, la mujer usuaria expresa la preferencia de ser atendida por una mujer proveedora de salud.

Al respecto, las usuarias preferirían a una mujer proveedora de salud, por diferentes motivos:

1. Identificación femenina. Para la usuaria, la mujer proveedora de salud, es igual que ella, por el solo hecho de ser mujer, tal y como se revela en sus declaraciones.

... Creo que preferiría una mujer porque tiene estéee.... no sé.... (Risas) ¿Porqué? Porque tiene el mismo sexo que uno y ya.... Eh, uno ya se.... Tra.... ya se atiende sin.... sin.... sin.... sin ninguna.... sin ningún temor y sin ninguna vergüenza (Florencia).

La mujer usuaria, no tendría vergüenza ante la mujer proveedora de salud, ni experimentaría pudor del cuerpo femenino ante “el otro” que es su igual y que al igual que la usuaria tiene el cuerpo femenino, conoce el ser femenino y experimenta el vivir el cuerpo femenino.

¡Mujer! ¿no?...Eso sería pues....Más que todo por....¡por no sentir vergüenza! ¿no? por no sentir vergüenza...(Vicky).

2. Establecimiento de una relación horizontal. La usuaria identifica que durante la atención por la mujer proveedora de salud, se desarrolla un ambiente de confianza y tranquilidad a través de la comunicación verbal, sin discriminación alguna que se refleja en “Por lo que es mujer ¿no? igual que yo y.... Y no me va a preguntar tonterías y estupideces como un hombre a veces”. Esta interacción social entre la mujer usuaria y la mujer proveedora de salud, también expresada en “¡Sí! Porque es algo muy íntimo de una mujer entonces sí, definitivamente sí. Si es una mujer” es la relación horizontal que

la usuaria reconoce a través del trato amable, el interrogatorio totalmente profesional, así como la mayor delicadeza en el examen.

3. Ausencia de peligro asociado al sexo de la proveedora de salud. Las usuarias manifiestan que la atención por la mujer proveedora de salud constituye una atención sin vergüenza, ni temor, pues experimentan mayor confianza asociada al hecho de que la proveedora de salud es mujer.

Yo preferiría que sea una doctora que me revise... No admitiría que un enfermero, un doctor, ...me examine ¿no?, toque mi cuerpo. Es una persona que realmente no me inspira confianza,...Me inspira mucha desconfianza, siento que cuando me toca el hombre, me toca el hombre y no el profesional. Es por eso que... No me dejo ya tocar por ningún otro doctor (Ana).

Que representa la ausencia del peligro de ser agredida física o sexualmente personificado por el hombre dentro del proveedor de salud.

Por lo mismo que....Creo que porque....porque a veces como somos mujeres esteee, ya uno no se intimida. En cambio, con un hombre a veces, como hay tantos casos que a veces pasan....que de repente a veces por más que sea profesional a veces no sabemos, eh no podemos saber lo que pasa por su mente, de repente nos puede mañosear o algo.....No sabemos si nos está revisando o nos está mañoseando ¿no? (Tracy).

4. Preservación de la intimidad corporal y de la relación de pareja. El cuerpo femenino es un cúmulo de experiencias. Durante la atención por el hombre proveedor de salud muchas de estas experiencias son desagradables, ya que para la usuaria el examen físico representa la invasión de sus zonas íntimas y sus zonas no tan íntimas.

Me dio vergüenza y pena ¿no? porque las únicas personas que me han visto así... como desnuda, solamente ha sido mi esposo y entonces me dió... entonces...me dio vergüenza ¿no? Y ya me puse rojita (Leila).

Y tales experiencias tienen repercusión en la valoración personal de la usuaria y de su vida conyugal.

Sí me afectó un poco porque también tenía problemas con mi pareja. Ya no lo veía igual y me sentía incómoda cuando él me acercaba a mi lado. No me tocaba (Katya).

Al respecto, esta “invasión” encarnada por el hombre proveedor de salud, se realiza en áreas corporales que simbolizan la intimidad personal de la usuaria, asociadas a una participación activa de contenido afectivo y erótico en relación al hombre que es su pareja. De ahí que para la usuaria, no es lo mismo que la examine un hombre proveedor de salud, que una mujer proveedora de salud. Que la examine un hombre proveedor de salud no brinda a la usuaria, la seguridad absoluta de lo que hace o piensa en su condición de hombre durante el examen físico. Mientras que si el examen es realizado por la mujer proveedora de salud, su condición de mujer encarna la “no invasión” de sus zonas íntimas y sus zonas no tan íntimas, porque al ser mujer al igual que la usuaria, no solo sabe o sabrá lo que es estar en esa situación, sino que por tanto, garantiza la preservación de la intimidad corporal y de la relación de pareja, ante la usuaria.

5. Oportunidad de poder decidir. Las usuarias manifiestan que si tuvieran la oportunidad de poder decidir con quién atenderse, ejercerían la preferencia de atención por la mujer proveedora de salud.

En mi preferencia, preferiría que sea una mujer (Gabriela).

.... Sí, preferiría que fuera una mujer porque me da.... Sigo con la vergüenza ¿no? Prefiero que sea una mujer (Voz con tono de ruego) (Jessica).

Al respecto, las usuarias expresan que asumiendo la solvencia profesional, tanto del hombre profesional de salud, como de la mujer profesional de salud, se prefiere que el/la proveedor/a de salud sea mujer al igual que la usuaria.

...¡Ah sí! Una amiguita me contó dice que una vez tenía...Pero ella no...no se atendió dice....Que como era doctor, ¡no!...¡salí corriendo! “¡No, no, no, no, no me atiende!” Y se fue (Marie).

Esta oportunidad, de poder ejercer su preferencia de atención en igual forma que la finalidad de atención, es la que motiva a las usuarias del servicio de planificación familiar del centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo Bajo, a atenderse regularmente en este servicio, pues en su mayoría son atendidas por mujeres profesionales de salud.

¡Sí! Bueno....con ellas más confianza es....(Romina).

7.5 Elementos vinculados a la zona genital asociada a:

7.5.1 La edad de el/la proveedor/a de salud

Durante la atención en salud sexual y salud reproductiva, para las usuarias es realmente significativo tener tranquilidad y confianza, más aún, en la realización del examen físico.

La edad no importa, porque nadie le va a quitar la hombría por más doctor... ¡Las mujeres también! ¡No, no influye en nada! ¡No influye en nada! (Daniela).

Sin embargo, la tranquilidad experimentada por la usuaria, emana de la confianza relacionada a la circunstancia de que el/la proveedor/a de salud sea mujer.

....también porque por lo mismo que no es del mismo sexo ¿no? De repente por ser hombre, ¡una se intimida un poco más! ...Si fuese mujer ¡Nooooo! Creo que una se siente más identificada, más en confianza con una mujer (Tracy).

Donde, en el caso de que el hombre proveedor de salud o la mujer proveedora de salud sean jóvenes o mayores, la condición de la edad dista en sobremanera de determinar o de tener influencia alguna sobre la preferencia de atención de las usuarias por la mujer proveedora de salud, respecto al hombre proveedor de salud que representa la amenaza de ser dañada en forma física y emocional.

Como le digo hay preferencia de que sea una persona.... en caso de que sea una mujer no interesa la edad (Gabriela).

Y aunque se considerara la probabilidad de que el hombre proveedor de salud de mayor edad “vea” a la usuaria como una hija y más bien la “proteja”, esta idea resulta inverosímil ante la realidad de su condición de hombre. Pues para todas las usuarias, ya sea más joven o más viejo, el hombre proveedor de salud, siempre personificará o dejará abierta la posibilidad de agresión a la intimidad de la usuaria, abusando de su posición de proveedor de salud, de la vulnerabilidad de la usuaria durante el examen físico, de la inexistencia de control por parte de la usuaria acerca de lo que hace y/o piensa este hombre proveedor de salud, mientras realiza el “examen físico” del cuerpo femenino.

7.5.2 Número de atenciones con el mismo/a proveedor/a de salud

Las usuarias manifiestan su preferencia de ser atendidas por una mujer proveedora de salud.

Si tuviera la opción de elegir entre un hombre y una mujer, elegiría definitivamente por una mujer (Ana).

Así sea la primera atención, o si ya tiene atenciones anteriores en los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Porque más tranquila me sentiría... más confianza le tendría a una mujer ¿no? que a un hombre más que nada...Y me están mirándome, en lugar que no... me den confianza para que me revisen, más bien comienzan por mirarme la cara y... fijarse si... si me llevo bien con mi pareja, si... ¿qué cómo es mi esposo? Todas esas cosas (Belinda)

En ambas situaciones, las usuarias precisan de experimentar confianza durante todo el desarrollo de la atención

En el caso de.... la primera atención con más razón porque como nunca se ha visto anteriormente entonces prefiere que sea una mujer (Gabriela)..

Y mucho más en la realización del examen físico, que puede involucrar la exploración tanto de las zonas íntimas como de las zonas no tan íntimas o ambas.

Digamos si porque está la misma doctora que me está atendiendo ya... ¡Bien! porque.... ella ya conoce ya, mi caso ¿no? Bueno, si no está ella y está otra señorita... Bueno estéee.... sí, aceptaría ¿no? (Helena).

Por lo que la certeza de ser atendidas por la mujer proveedora de salud es de mayor relevancia para las usuarias, en forma independiente de la frecuencia de atenciones recibidas.

... como ya le dije a mí ya me atendieron varias veces y yo creo que sería para mí algo normal (Atención por mujer proveedora de salud). Ya no, ya no, ya no sería con ese miedo ni nada por el estilo ¿no? (Atención por hombre proveedor de salud) (Leila).

Esta confianza de las usuarias, está directamente relacionada no solamente al hecho de que el/la proveedor/a de salud que la atiende sea la mujer proveedora de salud expresada en “Sí mucha diferencia, porque me gustaría más con una mujer que con un hombre, porque con una mujer me siento más en confianza....”; sino que en igual forma, a la obtención simultánea de la preferencia de atención junto con la finalidad de la atención. Donde la condición de mujer de la proveedora de salud, representa para las usuarias, la ausencia de agresión al cuerpo femenino.

Sería una mujer...Y ya me ha atendido varias veces...Porque ya nos ha atendido varias veces y nos ha visto ya como somos (Katya).

Y además, fortalece y avala la posición de la profesional de salud para confirmar la integridad del ser humano femenino en su cuerpo, su salud, así como de las implicancias en las diferentes áreas de su vida.

Porque a veces una quiere continuar con la misma esteee... ..Pero debería ser ¿no? con la misma persona pues ya sabe tu caso, ya le has explicado tu caso, todo eso ¿no? cuando tienes algo o algún problema pues ¿no? (Vicky).

Al respecto, esta “constatación” de la integridad del ser humano femenino, no es de extrañar; ya que si bien para las usuarias es igual de importante la obtención simultánea de la preferencia de atención junto con la finalidad de la atención; es en igual forma relevante a tal efecto, el hecho de que quien la atienda sea la misma mujer proveedora de salud en todas las veces que acude por atención; porque tiene un mayor conocimiento y seguimiento de su caso, hay más familiaridad que conlleva a mayor confianza y por tanto, facilita más una mejor toma de decisiones sobre su cuerpo, su salud, su vida.

7.5.3 Número de hijos de el/la proveedor/a de salud.

Las usuarias expresan su preferencia de ser atendidas por una mujer proveedora de salud.

Tendría un poco más ya de cuidado, buscaría a la mujer y definitivamente que la mujer sea quien me atienda (Ana).

Esta preferencia de atención se halla fuertemente vinculada a la condición de mujer de la proveedora de salud, que además es fortalecida por el hecho de que la mujer proveedora de salud ya haya tenido hijos.

... La profesional que ya tiene hijos es estéee.... Creo que ya son un poco más humanas, te entienden más en el sentido ¿no? del dolor ¿no? (Florencia)

Este componente agregado no es de admirar debido a que la posesión del cuerpo femenino está inherentemente ligada a las experiencias de sentir, experimentar y vivir el cuerpo femenino.

... Te lo podría decir con más claridad o más directa porque como... como es mujer de repente... Ella también podría sufrir... ¿qué? Las mismas consecuencias que nosotras! Entonces te lo puede decir con más experiencia ¿no? (Leila).

Donde si bien la reproducción puede ser el inicio de la construcción de la maternidad, tanto la reproducción y la maternidad son experiencias potenciales en todas las mujeres como poseedoras del cuerpo femenino, que no todas las mujeres experimentan y viven la reproducción y la maternidad como experiencias reales.

Sin embargo, la preferencia de atención por la mujer proveedora de salud no siempre tiene el espacio o la oportunidad de ser ejercida por las usuarias. Quienes han tenido que, muchas veces, enfrentar la presión “institucional” en dos instancias: La del establecimiento de salud y la de la propia familia.

La presión institucional del establecimiento de salud es identificada por las usuarias a través de la organización y funcionamiento de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, que no precisamente han sido diseñados considerando la preferencia de atención, la finalidad de la atención y la satisfacción de las mismas por parte de las usuarias como clientes potenciales y reales. Las usuarias vivencian un proceso de despersonalización y sometimiento siendo despojadas de voz y de acción, donde para poder alcanzar un cupo de atención y durante la misma atención, solamente tienen que “aceptar” lo que el establecimiento de salud ofrece en infraestructura, insumos y recursos humanos. Y es precisamente a nivel de las/los profesionales de la salud, que la mayoría de las usuarias experimentan la ausencia o la restricción de poder ejercer a la vez la preferencia de atención junto con la finalidad de la atención, sobre todo cuando se trata de atenciones de salud sexual y salud reproductiva, en las que preferirían ser atendidas por mujeres profesionales de salud.

La presión institucional de la familia es dirigida por parientes con algún ascendente en las usuarias, siendo incluso en ciertos casos, referentes femeninos pero de mucha mayor edad que la usuaria. Sin plantear otra alternativa, estos referentes “coaccionan” de forma consciente o subconsciente a las usuarias, a aceptar las atenciones por hombres proveedores de salud, apelando a la maternidad de las usuarias cual fundamento natural de su propia representación de ser mujer en la sociedad; generando el truncamiento, no solo del ejercicio de su preferencia de atención y lo que entraña este ejercicio, cual es la facultad de poder decidir por sí misma sobre su cuerpo, su salud, su vida; sino que en igual forma, basado en el ejemplo de vida, en la negación de la reproducción y transmisión de un patrón de conducta empoderado e independiente, cual *modus vivendi* de las usuarias para sus descendientes.

De este modo, tanto en el ámbito privado o familiar, así como en el ámbito público o sanitario, la usuaria como mujer es expuesta a un asistencialismo resultante de las políticas de salud vigentes, basadas a su vez en las políticas nacionales de turno. Que, en lugar de resolver los diferentes problemas del sistema de servicios de salud, en respuesta y cumplimiento a las relaciones de género de la sociedad actual y en función a su uso para adquirir influencia y poder sobre las personas, más bien debe generar soluciones estructurales que integren las representaciones sociales de las mujeres ya que influyen tanto en el sistema formal de atención, como en la atención de la salud a nivel de las propias mujeres, de los hombres, de las niñas y los niños, de la familia y de la comunidad.

VIII. Experiencias personales de vergüenza.

Si bien es cierto que las usuarias pueden preferir atenderse con mujeres proveedoras de salud, la realidad al interior de los establecimientos de salud evidencia el distanciamiento, o la carencia de una estructura organizacional y/o funcional, que contemple esta preferencia de la usuaria. Y mucho menos que garantice el ejercicio de esta preferencia, en un sistema de servicios de salud basado en las construcciones de género, donde se desestiman las representaciones sociales sobre el/la hombre o mujer proveedor/a de salud que tienen las usuarias.

Todas las usuarias sin excepción han señalado que en alguna de las diferentes atenciones recibidas han experimentado vergüenza, no solamente en los servicios de salud sexual y salud reproductiva, sino además en atenciones de salud en general.

Sí, en una ocasión así me sucedió que un doctor me examinó, me auscultó y.... Él no se preocupó en su paciente (voz quebrada) que si hay dolor, no hay dolor. Me auscultó de una manera tan rápida que me hizo doler (Helena).

Sin embargo, esta vergüenza ha sido siempre con hombres proveedores de salud, quienes por su condición de hombre han personificado y personifican para las usuarias la existencia o la inminencia de ser agredidas.

Y el doctor agarró y me dijo: "¡Voltéate!". Y se puso por mi tras y.... (Voz temblorosa) Toda su parte me sobaba toda la parte.... Entonces para mí fue esa tarde y.... "¡Ni más!" dije. "¡No, ya! ¡Que sea una mujer!". Ese fue mi caso (Irma).

Tanto en forma física como emocional con las consiguientes repercusiones, aunque resulte paradójico, en su cuerpo, su salud y su vida.

Sí, era menor de edad. Tenía dieciséis años. Y no me acompañaron nadie porque el doctor dijo que te... entrara sola porque él me tenía que atender... Que me tenía que ver mis partes porque yo estaba de emergencia (Katya).

Pues al ser el cuerpo femenino el que detenta el cúmulo de experiencias vividas por su condición de mujer, asume dos roles, el ser medio y el ser protagonista.

....No hay otra persona que no me haya visto aparte de mi esposo....Entonces, eso es....por ahí es de que va mi temor, mi miedo, tal vez (Olivia).

El cuerpo femenino es medio, pues se constituye en la situación o el espacio donde se realizan estas transgresiones, entendidas como cualquier acto que lesione sus dimensiones físicas y mentales. El cuerpo femenino es protagonista porque evidencia y denuncia a sus violentadores a través de las mismas "huellas" perpetradas por sus atropellos.

Donde la experiencia de vivir el cuerpo femenino puede ser lo más desesperante y frustrante ante el otro, el hombre proveedor de salud, que no posee el cuerpo femenino ni experimenta el vivir el cuerpo femenino. Y por lo mismo, no lo valora ni respeta, sino que todo lo contrario, lo reduce a un objeto de exploración del proveedor de salud, cuando no al objeto de agresión física, sexual y/o emocional del hombre inmerso dentro del proveedor de salud, pues de una u otra forma han abusado de su posición como profesionales de salud, dañando la integridad física y emocional de las usuarias. Quienes ante lo inesperado en un entorno de salud, optaron por el silencio en respeto y consideración a su propia dignidad como ser humano.

IX. Comunicación socio emocional según el sexo de el/la proveedor/a.

9.1 impresión.

Las usuarias expresan que la atención en planificación familiar brindada por el hombre proveedor de salud, respecto a la misma atención pero realizada por la mujer proveedora de salud, es totalmente diferente.

No. Si yo entro a un consultorio y veo a un hombre, definitivamente me voy a sorprender. Y lo que haría sería salir de ahí ¿no? Porque no sería de mi agrado ¿no? (Ana).

Esta distinta impresión se fundamenta en el hecho de que la mujer proveedora de salud por su condición de mujer representa para las usuarias la solvencia de una mejor atención.

Si es una mujer entraría contenta ¿no? porque es una mujer con la que me voy a poder desenvolver muy bien ¿no? (Daniela).

Que es asociada a la existencia de tener confianza y mejor desenvolvimiento por parte de la usuaria durante la realización de la atención en planificación familiar, ante el/la proveedor/a de salud que en igual forma es mujer como la propia usuaria.

Bueno es... ¡mejor! ¿no? porque una mujer es más, más chévere porque (risas) estéee... como es mujer hay más estéee.... ¡Hay más confianza! (Helena).

Mientras que la atención por el hombre proveedor de salud representa para la usuaria la realización de la atención en un ambiente de temor y preocupación, manifestado en "Estéee... No causa la misma impresión, porque cuando es un hombre uno se.... se queda pues asustada ¿no?". Pues la condición de hombre del proveedor de salud, señalada en "Sí, un poco de miedo. Preferiría no atenderme ahííí....y sacar mi cita para otro día...", simboliza el peligro o la inminencia de agresión al cuerpo femenino, a su poseedora; por "el otro" que no conoce, no experimenta el vivir el cuerpo femenino. Y por tanto no se aproxima, ni se relaciona, ni valora lo femenino.

No es de extrañar pues, que las usuarias prefieran atenderse con mujeres proveedoras de salud, declarado en "Y es mi hora de cita, me abre la doctora, yo creo que la saludo y ya tranquila me siento porque yo sé que me va a tratar una mujer". Donde la confianza requerida es expresada por la tranquilidad experimentada, no solo en el examen físico, sino en el desarrollo de toda la atención, ya que el hombre proveedor de salud es relacionado a los significados de miedo, susto e incomunicación.

En mi caso, preferiría, preferiría a la mujer. Sí, porque ya me he atendido anteriormente con ella y no sería cómodo para mí que me atienda un varón (Estefanía).

Al respecto, la atención en planificación familiar, conlleva a la asistencia periódica de mujeres usuarias de diferentes métodos anticonceptivos, para el correspondiente

control del uso adecuado de los mismos. En donde, ante la ausencia o presencia de la exposición física del cuerpo femenino para el mencionado control, las usuarias prefieren ser atendidas por la mujer proveedora de salud.

, ¡No!.... ¡No! porque yo al entrar al consultorio veo a una mujer. Y entro al consultorio y me encuentro con un hombre, me doy media vuelta ¡y me voy! (Sahara).

Asimismo, el mejor desenvolvimiento de las usuarias frente a la mujer proveedora de salud, está referido a sus experiencias en la mayor comodidad para expresarse sobre sus malestares e interrogantes.

Porque con una mujer uno habla eh?... Habla realmente más suelta, más estéee.... Creo que te atiende mucho mejor (Florencia)

En ese orden, las usuarias de la consulta externa de planificación familiar, manifiestan que frente a la mujer proveedora de salud obtienen una doble validación de su salud. Una que como mujer tiene un conocimiento y experiencia personal del cuerpo femenino por su propio cuerpo, por tanto sabe acerca de lo que percibe y siente otra mujer como ella, en este caso la mujer usuaria. Y otra que en su posición de profesional de salud, ha accedido a otro conocimiento que fortalece ese saber previo, el conocimiento científico.

De ahí que esta integración del conocimiento experiencial junto al aprendizaje científico en una mujer, si bien proveedora de salud pero igual como mujer que la usuaria, representa para ésta la doble solvencia ya no de experiencia y conocimiento solamente, sino de vivir y valorar lo femenino. Donde la vivencia y la estima del cuerpo femenino por parte del “otro”, en tanto este otro sea la mujer proveedora de salud, no solamente son esperados sino, que favorecen esta preferencia de atención de la mujer usuaria por la mujer proveedora de salud.

9.2 Simpatía.

La simpatía es asumida por las usuarias como el sentimiento, por lo general intuitivo, de afecto o inclinación hacia el otro, el/la proveedor/a de salud; o hacia su actitud o comportamiento que conlleva a encontrar una presencia amable en la atención de planificación familiar. Donde la manera de ser y actuar de el/la proveedor/a de salud le hacen ser vista/o como alguien tratable y asequible por las usuarias; por lo que se desprende de:

“No, porque en el doctor he aprendido a desconfiar, a verlo con desconfianza. En cambio, a la mujer, no. A la mujer ya he aprendido a tenerle más confianza y más respeto (Ana)

Al respecto, las usuarias explicitan experimentar mayor simpatía ante la mujer proveedora de salud por su condición de mujer.

. ... Bueno, yo preferiría mil veces que me atienda una mujer, que me caiga muy bien ¿no? porque eh... Más que todo... ¡es la confianza! ¡es la confianza de mujer a mujer que una le cuenta sus cosas ¿no? (Daniela).

Pues al ser poseedora del cuerpo femenino en igual forma que la usuaria, inspira más confianza que el hombre respecto al vivir y valorar el cuerpo femenino, más aún asociada al hecho de que se van a examinar sus partes íntimas y no muy íntimas, pero que de manera similar conforman todo el cuerpo femenino. La usuaria no experimenta temor con la mujer proveedora de salud, como si ocurriría ante el hombre proveedor de salud, por su condición de hombre.

A veces estéee.... si el hombre está ahí y la.... y si la..... y la, la doctora está, prefiero mil veces que me atienda una doctora (Florencia).

Esta preferencia de atención de las usuarias dada en la simpatía por una mujer proveedora de salud, también se ve reforzada por las experiencias previas de haber realizado a la vez su preferencia de atención con su finalidad de atención ante mujeres proveedoras de salud. Y que tales atenciones hayan transcurrido en un clima de confianza propiciado por la propia mujer proveedora de salud, con el consiguiente desarrollo de una mayor confianza en la mujer proveedora de salud, respecto al hombre proveedor de salud.

Si bien es cierto que existe la posibilidad de que para algunas usuarias sea de imperiosa necesidad la atención en sí, priorizando la finalidad de atención y dejando de lado su preferencia de atención, es más bien una forma de responder para preservar su dignidad humana, ante la desexualización consecuente de la objetización de sus zonas íntimas y no tan íntimas por el hombre proveedor de salud, o ante el peligro de agresión por el hombre inmerso en el proveedor de salud.

Asimismo, el carácter y el trato de el/la proveedor/a de salud han contribuido al proceso de mutuo conocimiento; progresivo en el tiempo, el espacio y en las experiencias alentadoras o desagradables, a través de la presencia o la ausencia de la comunicación verbal o conversación.

Sin embargo, la mayor simpatía por la mujer proveedora de salud, coadyuva esta preferencia de atención de las usuarias por la mujer proveedora de salud, al nutrirla precisamente a través de la confianza y amabilidad brindadas y exteriorizadas, no solamente por la interacción verbal; sino por la oportunidad de explicitar sus motivos de consulta, así como el escuchar atento dentro de los aspectos desarrollados, tanto en el lenguaje verbal y no verbal correspondientemente, en la interacción mujer usuaria-mujer proveedora de salud.

9.3 Confianza

Las usuarias expresan que ante la situación de que sea un hombre proveedor de salud o una mujer proveedora de salud quien la atiende en planificación familiar, la confianza definitivamente no es la misma según refieren en “Yo me sentiría feliz de que una doctora me atienda. ¿Porqué? Porque me siento mucho más... más en confianza con la mujer que con el hombre”. Esta diferencia radica en que la usuaria tiene mayor confianza en la mujer proveedora de salud, al afirmar que “...Cuando es una mujer... la mujer te habla con más confianza, te da ¿no? como pa’ que tú le converses, les respondas” porque dicha confianza está representada en la certeza que tiene la usuaria de que la mujer proveedora de salud actúe por su condición de mujer como la usuaria espera.

Hasta el mismo caso, preferiría ¿no? contarle mis problemas a una mujer que a un varón ¿no? A veces veo que son un poco serios, que no te dan, no te inspiran esa confianza de tú soltarte y contarle tus cosas ¿no? (Carla).

Esta confianza es de vital importancia para las usuarias, porque además se encuentra asociada a la seguridad que experimentan en el desarrollo de la atención.

Yo me siento delicada y las doctoras como doctoras son más delicadas, son más sutiles al tratar a sus pacientes. En cambio el doctor nunca va a ser sutil porque siempre va a ser tosco ¡Como todos los hombres! ¿no? (Daniela).

Y más aún durante el examen físico, cuando son atendidas por la mujer proveedora de salud, reflejado por “No tampoco... Porque con una mujer es más diferente pues ¿no?”. Mientras que si la atención la realiza un hombre proveedor de salud, implica para las usuarias que de una u otra forma sus zonas íntimas y no tan íntimas sean expuestas al peligro de ser agredidas, encarnado por la condición de hombre del proveedor de salud que se manifiesta en “No, ninguna de esa confianza le daría yo a un hombre... A una mujer, sí”.

Asimismo, las usuarias reconocen en “¡No! Tiene que ser una mujer.... Por lo mismo pues.... porque te puedes explayar...” que la mujer proveedora de salud da más confianza a través del escuchar atento, evidenciado por el lenguaje verbal y el lenguaje corporal en que se fundamenta para instalar un proceso de aproximación, a fin de lograr la comunicación entre la mujer proveedora de salud y la mujer usuaria, y por tanto se establezca la conversación con la intervención de ambas partes. Mientras que ante la seriedad, sequedad, tosquedad y prisa del hombre proveedor de salud en igual forma identificadas por la usuaria, dichas posturas no pueden menos que producir temor, miedo, vergüenza por parte de la usuaria, conllevando a la ausencia de diálogo alguno entre el hombre proveedor de salud y la mujer usuaria.

Esta participación, tanto de la mujer usuaria, así como de la mujer proveedora de salud, en el transcurrir de la atención es la que contribuye a la preferencia de atención de la mujer usuaria por la mujer proveedora de salud, porque con una mujer se siente más en confianza. Sin embargo, no deja de ser posible que de acuerdo a lo que expresen y en la forma que lo expresen si le dan una buena impresión desde el primer momento, ya sea la mujer proveedora de salud, o ya sea el hombre proveedor de salud, influirá en el ánimo de la usuaria para que la incentive a tener confianza en la mujer proveedora de salud o en el hombre proveedor de salud.

No obstante, la mayor confianza de la usuaria en la mujer proveedora de salud se fundamenta de igual forma en que dicha confianza está asociada además, a la libertad experimentada por la usuaria para explayarse en sus motivos de consulta, en aspectos personales inherentes a dichos motivos, así como el poder solicitar información ante la mujer proveedora de salud. Quien representa tranquilidad, delicadeza, sutileza y minuciosidad para la usuaria en el examen físico, en las respuestas y explicaciones durante la atención, en la propia atención.

9.4 Trato.

El trato tiene que ver con la forma de comunicarse o relacionarse una persona con otra persona o con un grupo de individuos. En la atención de planificación familiar, el trato está referido a la forma o manera como se relaciona el/la proveedor/a de salud con la mujer usuaria.

Al respecto, la usuaria manifiesta que el trato es diferente. El hombre proveedor de salud por su condición de hombre representa la tosquedad en todo, más aún cuando realiza el examen pélvico que se desvela de:

Bueno, como he tenido varias experiencias en eso. Me han tocado varios doctores, varias ginecólogas y siempre he visto que los doctores son más así, más gritones, más resondrones. Y las mujeres no, son más tranquilas (Carla).

En cambio la mujer proveedora de salud por su condición de mujer no solo representa la delicadeza.

No, nunca va a ser el mismo trato porque la mujer siempre va a ser como le dije anteriormente, delicada. Siempre va a ser un poquito más cuidadosa, va a ser delicada (Daniela).

La mujer proveedora de salud que a través del lenguaje no verbal protagonizado por una sonrisa, inspira confianza a las usuarias; y por tanto, a seguir adelante en su preferencia de atención por la mujer proveedora de salud en la expresión “No. Creo que el hombre no tendría el mismo trato para su paciente que la doctora,. ..En cambio la mujer no.... La mujer,...cuando tú la ves, siempre con una sonrisa, siempre te dice “adelante” ¿no? Desde que tú la ves, te inspira confianza”.

Esta sonrisa posee más de un significado, pues depende del entorno de la atención en planificación familiar; de el/la proveedor/a de salud que realiza la atención y de la mujer usuaria que recibe la atención. Del instante en que se sonríe y de la vivencia o facultad de sonreír que poseen tanto el/la proveedor/a de salud al igual que la mujer usuaria, porque el saber sonreír es un aprendizaje. Asimismo, la sonrisa se constituye en un registro humano de amplia comunicación, cuyo significado implica el conocimiento previo de todo su impacto así como el experimentar y la subjetividad de el/la proveedor/a de salud al igual que de la usuaria. De este modo la sonrisa es intersubjetiva, pues ingresan a participar dos subjetividades. La subjetividad de quien la genera, es decir, la mujer proveedora de salud. La subjetividad de quien la recepciona y procesa desde su yo femenino, esto es, la mujer usuaria.

La sonrisa representa pues, un lenguaje original y particular de la mujer proveedora de salud en interacción con la mujer usuaria. Donde la sonrisa, al igual que el tono de voz, la mirada y todo aquello que corresponde a la comunicación no verbal, son semejantes en el hecho de que solamente precisan de la capacidad de sensibilidad a la comunicación. De esta forma, el/la proveedor/a de salud que no comprende ni se aproxima al lenguaje de la sonrisa, no puede concebir la sonrisa. Mientras que el/la proveedor/a de salud que puede percatarse y comprender el significado intrínseco de una sonrisa, puede además desenvolverse, relacionarse, comunicarse en este mismo lenguaje.

A la vez, las usuarias también señalan que los hombres proveedores de salud no solamente son más toscos, sino más resondrones, más indiferentes, más duros; reiterado en:

Tenían que tener..... que ser amables, ser corteses estéee..... ¡Dar confianza a las señoras! ¿no? en este caso ([Hombre proveedor de salud](#)) (Estefanía).

Y que las mujeres proveedoras de salud son más tranquilas, con más disposición a ayudar, más delicadas; a través de:

Te atienden así, normal. O planificación también igual....Tranquila..... Con cariño que te atienden (Katya).

En estas situaciones, la sonrisa cual elemento correspondiente a la comunicación no verbal, está ausente en el hombre proveedor de salud pero si se encuentra presente y en acción en la mujer proveedora de salud. Quien evidencia el conocimiento y la aplicación de este lenguaje de la sonrisa, tanto en su forma de ser persona y de ser profesional a través de su trato.

Pero en mi caso sí, muj... La mayoría me atiende mujeres ¿no?... ¿... el trato con ellas? Muy bueno (Irma).

Sin embargo, ante la posibilidad de enfrentar excepciones a lo esperado, las usuarias señalan que en igual forma mantienen su preferencia de ser atendida por la mujer proveedora de salud, porque los hombres proveedores de salud tendrían que ganarse a las usuarias, ser más amables, más corteses, dar confianza a las mujeres usuarias, e incluso salir a la comunidad. Al respecto, las usuarias no solo refieren continuar

procurando el atenderse con mujeres proveedoras de salud, sino que cuando son atendidas por las mismas indican que las tratan bien.

¡No! La mujer es más detallista. El hombre es más limitado... O sea, ¡no entraría en confianza! ¡Y mayormente casi los hombres son así! (Sahara).

Además, la existencia de experiencias previas desagradables con el hombre proveedor de salud, fortalece notablemente su preferencia de atención por la mujer proveedora de salud expuesto en: "... ¡Una no se siente cómoda coon...con él! ¡Más una se sentiría más cómoda con una mujer! ...pues tuve una mala experiencia de que me reventó la fuente y pues esteee (ginecólogo) de repente casi pasa....una tragedia ¿no? con mi hijo ¡Y me asusté mucho!". En igual forma, la mujer proveedora de salud también contribuye a esta preferencia al evidenciar ante la usuaria que respecto al hombre proveedor de salud, tiene más paciencia para explicar y hacer comprender los aspectos relacionados al motivo de consulta para la preservación o la pronta recuperación de la salud que se señala en "Le dices "Señorita o doctora.....Yo tengo esto o yo tengo ¿no? el otro"...Hay más esteee...Al menos, yo creo que hay más confianza al decirle ¿no? ¡que con un doctor! Que realmente lo ves... ¡Muy serio! y no le puedes decir.... ¡Nada! ¿no?". Donde la inexistencia de confianza y comodidad con el hombre proveedor de salud por parte de la mujer usuaria, respecto a la presencia de confianza y comodidad con la mujer proveedora de salud, si bien se encuentra justificada por las experiencias previas desagradables está también relacionada al temor de la usuaria ante la impericia y el riesgo de iatrogenia profesionales por la ausencia de comunicación e indiferencia, que de por sí ya son evidencias de mal trato por parte del hombre proveedor de salud.

De ahí que se pueda afirmar que aunque el trato es dispensado por cada proveedor/a de salud, más bien y también está directamente relacionado e involucra a la persona que hay detrás de cada profesional. Por tanto, no es de extrañar que la atención de la mujer proveedora de salud, representa para la mujer usuaria una atención brindada con cariño y tranquilidad, tanto en la consulta externa de obstetricia, como en la consulta externa de planificación familiar. Donde no ha tenido el riesgo de exponerse a la atención con el hombre proveedor de salud, pues siempre ha procurado atenderse y se ha atendido con mujeres proveedoras de salud, porque precisamente es de su conocimiento que son las mujeres proveedoras de salud quienes conforman el grupo profesional mayoritario por sexo dentro de los servicios de salud sexual y salud reproductiva de este establecimiento de salud.

No obstante, puede resultar lógico para la usuaria pensar que sería el mismo trato a esperar, por el hecho de que tanto la mujer proveedora de salud como el hombre proveedor de salud son profesionales y tienen la misma formación académica, según las manifestaciones:

.. Oh digamos cuando están en.... cuando llevan sus estudios ¿no? Digamos estéee.... también creo que en el estudio que llevan ellos, una de las primeras –digamos-... El trato bien a sus pacientes ¿no? de que sus pacientes también se.... ¡tengan confianza! ¿no? (Helena).

Al respecto, se identifica la creencia de que en la formación profesional de el/la proveedor/a de salud, el trato es un tema fundamental dentro de su aprendizaje al igual que la confianza y la paciencia, que se desvelan en "...Sí, depende del profesional también ¿no?...Somos pacientes....y tiene que...que cubrir todas nuestras expectativas ¿no?". De ahí que para la usuaria, el buen trato depende de el/la profesional de salud, pues forma parte de las expectativas de la usuaria.

Por parte de él supongo que sí porque ellos estudian...están preparados para tratar a las pacientes....(¿Tiene preferencia en ser atendida por una mujer?) ¡Claro! (Olivia).

Esta creencia de que por ser profesionales, que tanto la mujer proveedora de salud como el hombre proveedor de salud están formados por igual para "tratar" a la usuaria,

lleva consigo que el trato adquiere dos características. El trato de persona a persona dentro de la interacción proveedor/a de salud – usuaria. El trato profesional en relación al manejo del caso clínico particular que amerita cada usuaria. Sin embargo, las usuarias ante ambas situaciones, manifiestan su preferencia por la mujer proveedora de salud.

Por lo expuesto, el trato definitivamente es diferente porque la mujer es detallista mientras que el hombre es limitado. El hombre proveedor de salud es bastante corto o escaso en el diálogo que pudiera establecer con usuaria alguna. Sus frases, de haberlas, son cortas, adustas, cortantes, sin pizca alguna de brindar la suficiente confianza para motivar en la usuaria comentario pertinente respecto a su interlocutor, aunado a la tosquedad y gravedad de sus expresiones corporales y verbales, que a la vez insinúan la ausencia de posibilidades de cuestionamiento, interpelación o consulta correspondiente, cual mecanismo de defensa inmerso en el poder de su posición de profesional de salud. En cambio, la mujer proveedora de salud, desde el ingreso al espacio en que brinda la atención está generando un clima de confianza y libertad para la expresión espontánea de la usuaria y así ésta pueda explayarse en sus motivos de consulta, sus inquietudes, sus dudas e interrogantes; fomentando la conversación cordial, coloquial, y cómplice entre seres de la misma condición, el ser femenino que las iguala, equipara o asemeja. El trato que establece el hombre proveedor de salud con la usuaria responde más bien a un orden jerárquico cuya verticalidad es sentida y evidenciada por la mujer usuaria, cual continuidad y reproducción de las relaciones de género establecidas por el orden social vigente, soterradas pero operativas tanto en el ámbito privado del entorno familiar pero en igual forma en el ámbito público representado por este proveedor de salud masculino como símbolo del poder patriarcal en los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Mientras que la mujer proveedora de salud a través del trato horizontal, representa para la usuaria la presencia y el logro de la afirmación del yo femenino, en un espacio más allá del ámbito privado, esto es el ámbito público.

9.5 Empatía.

El hombre nunca podrá ponerse en el mismo lugar de la mujer, pues por su condición de hombre no posee los mismos órganos y aparatos sexuales y reproductivos que la mujer conforme a lo vertido en:

Porque no tiene definitivamente ovarios ¿no? Entonces, ¡yo creo que no! El hombre no está en esa capacidad de ponerse en mi lugar. En cambio la mujer, sí. Por esa misma razón es que la mujer te va a entender y tú te vas a sentir... ¡escuchada! ¿no? El hombre en la vida pues, va a sentir... va a sentir ¡lo que tú sientes! (Ana).

Por ello es más creíble que una mujer sí puede ponerse en el lugar de otra, sentir y comprender a otra mujer.

En cambio el médico en la vida va a ser mamá ¿no? y él por eso no sabe cómo uno siente esos dolores y te lo dice así: “¡Ya, aguántáelos!” ¿no? En cambio la mujer sí ¿no? (Carla).

Ya que por su condición de mujer, en algún momento ha tenido o está expuesta a tener una experiencia similar declarada en:

...porque el doctor nunca se va a poner en nuestro sitio porque nunca se va a revisar ginecológicamente ¿no? Siempre va a ser la doctora, la doctora siempre va a ser la que esté en nuestro lugar ¿no? (Daniela).

La proveedora de salud es mujer como la usuaria, por ello puede sentir lo que siente la usuaria como se afirma en “...porque es mujer también, pues. El mismo sistema reproductor ¿qué sé yo? ¿No?... No, ¿cómo te puedo decir?... Es mujer igual que una”. En cambio el hombre proveedor de salud por ser hombre, no puede. Además la mujer es más sensible mientras que el hombre es más duro, en la perspectiva de las usuarias.

Hay mucha diferencia, que él es hombre y ella es mujer ¿no? Una mujer todavía se puede poner en mi caso, pero en el hombre, no (Belinda).

El hombre proveedor de salud no puede ponerse en el mismo lugar que la mujer usuaria. Es tosco y brusco en su hablar, en su desenvolvimiento, en su comunicación con la mujer usuaria.

Bueno creo que una mujer te puede poner en tu propio estéee.... ¡Entenderte mejor! ¿no? porque un hombre es un hombre ¿no? y es diferente. En cambio una mujer, (Voz con energía) también es la que se cuida, la que todo hace igual como una mujer ¿no? (Irma).

En cambio la mujer proveedora de salud por su condición de mujer representa y está asociada a la posibilidad de las diferentes experiencias de vivir el cuerpo femenino, reforzando en la usuaria el yo femenino para personas de su condición o identidad de grupo, respecto a las/los profesionales de la salud que las atienden, reflejado por:

.... Yo creo que la doctora...la que te atiende se pondría en tu lugar de ti....Es lo mismo que tú harías por otra persona.....Entonces, ¡claro! Más empatía...creo la mujer que un hombre (Olivia).

El hombre proveedor de salud no es capaz de ponerse en el lugar de paciente alguno, menos aún de la mujer usuaria, porque la realización de la atención la establece en función de una relación dependiente, vertical y jerárquica, que se identifica en “....Es como decir...cuando las mujeres pedimos que nos valoren ¿no? igual con los hombres en otros trabajos”. Donde por lo general, la usuaria no es participada acerca de los procedimientos, exámenes y pesquisas a realizarse en su propio cuerpo; siendo precisamente este desconocimiento el fundamento de la pétrea centralización de la información en el hombre proveedor de salud, cual sinónimo de poder detentado en aras del sometimiento, sin réplica o cuestionamiento de su postura profesional.

Mientras que la mujer profesional de salud sí puede ponerse en el lugar de la mujer usuaria, porque dada su condición de mujer, también está expuesta o ha estado expuesta a un examen pélvico similar al que experimentó la mujer usuaria, que en el caso del hombre proveedor de salud es imposible. La expresión “Siempre va a ser la doctora, la doctora siempre va a ser la que esté en nuestro lugar ¿no?” revela la profundidad de la identificación por parte de la mujer usuaria en un grupo de referencia, constituido por personas poseedoras de su misma condición femenina, que favorecerá su preferencia de atención por la mujer proveedora de salud respecto a las/los profesionales de la salud que las atienden.

Al respecto, puede agregarse que para la usuaria el hecho de que la mujer proveedora de salud sea poseedora del cuerpo femenino conlleva, además de pertenecer ambas al mismo grupo de condición femenina, a la situación de que tanto la propia mujer usuaria como la mujer proveedora de salud van a tener experiencias que solo por ser mujeres pueden vivirlas las mujeres. Pero va más allá, la usuaria realiza todo un proceso de identificación con la mujer proveedora de salud en los aspectos siguientes:

1. Identificación del cuerpo femenino. El reconocimiento de poseer el cuerpo femenino que por tanto las hace poseedoras de órganos sexuales y reproductivos que solamente tienen las mujeres, manifiesto en “¡Sí! porque es hombre pues.....Imagínese es una persona extraña y....Bueno, en el caso de que sea una mujer ¡es....como le decía...es del mismo sexo!”, “....Es, es lo mismo ¿no? Su cuerpo es igual que el de una ¿no?”,

2. Identificación de experiencias de vivir el cuerpo femenino. Estas posesiones sexuales y reproductivas de género son las que otorgan a las mujeres, las experiencias de vivir

el cuerpo femenino, que solamente las mujeres las van a tener. Tal y como precisan las declaraciones “No, porque en el caso de que sea mujer como le digo, bien han pasado por lo mismo. En cambio en el hombre no, no hay ese caso”, “En mi caso sería una mujer ¿no? porque a veces estéee.... influye bastante la mujer porque a veces las mujeres tenemos estéee.... digamos experiencias ¿no?”.

3. Identificación de sentimientos inherentes a las experiencias de vivir el cuerpo femenino. La usuaria identifica en la mujer proveedora de salud, la capacidad de poder ponerse en el mismo lugar de la usuaria; porque considera que puede comprender a la usuaria debido a su propia condición femenina y por las emociones asociadas a las experiencias en esta condición, facilitando su preferencia de atención por la mujer proveedora de salud a través de:

“Los varones no tienen tanto la capacidad de ponerse en los zapatos de una mujer....¡Tendrían que ser mujer para saberlo! (risas)...En cambio las mujeres ¡sí! Porque ¡también han sentido lo mismo! (Romina).

La mujer proveedora de salud por ser mujer al igual que la usuaria representa la certeza o la mayor credibilidad de tener la capacidad de ponerse en el mismo lugar que la usuaria.

Porque el hombre no puede sentir lo que siente una mujer. El hombre nunca ha parido. El hombre nunca se ha puesto una ampolla para cuidarse. En cambio una mujer ¡sí! ...¡Puede! (Sahara).

Esta capacidad si bien es inherente a la condición femenina cual denominador común entre la mujer proveedora de salud y la mujer usuaria, encuentra un mayor grado de comunicación a través no solo de las experiencias comunes que pudieron tener sino en las vivencias a las que están expuestas por el hecho de poseer el cuerpo femenino. Este cuerpo femenino que es depositario estático y dinámico de las múltiples experiencias de las mujeres, así como de las emociones generadas por tales experiencias que van a repercutir en la salud, en el cuerpo y en la vida de las mujeres usuarias.

Sin embargo, la experiencia de las mujeres proveedoras de salud constituye una “doble experiencia” para las usuarias. Esta experiencia tiene dos componentes: Experiencia personal y experiencia profesional.

La experiencia personal, representada por todas aquellas situaciones comunes o no comunes por su condición de ser femenino con las usuarias, en las que estuvieron expuestas a ser examinadas en sus zonas íntimas y no tan íntimas.

La experiencia profesional, que involucra los conocimientos y habilidades adquiridas y desarrolladas durante la etapa de formación académico profesional, aplicados en los diferentes casos clínicos diagnosticados y tratados en el transcurso del ejercicio profesional.

Bien es cierto que los conocimientos, habilidades, al igual que la experiencia profesional corresponden tanto a la mujer profesional de salud como al hombre profesional de salud. Sin embargo, es innegable además, que al establecer sus preferencias de atención respecto a la mujer proveedora de salud o el hombre proveedor de salud; para las mujeres usuarias, la experiencia profesional se halla enriquecida por la experiencia personal cuando se trata de la mujer proveedora de salud.

9.6 Expectativas sobre los/las proveedores/as de salud.

9.6.1 Cualidades personales de el/la proveedor/a.

9.6.1.1 De la mujer proveedora de salud.

Las usuarias a través de sus declaraciones, refieren una serie de cualidades que esperan encontrar en la mujer proveedora de salud tales como: Paciencia, minuciosidad, buen trato, que se dé a entender, comunicación, amabilidad, con voz adecuada, sensibilidad, dar confianza, etc.

Siempre las doctoras que me han revisado, que me han atendido, siempre... siempre han sido bien minuciosas conmigo, al momento de hablar, al momento de revisarme y en las recomendaciones, en fin! (Ana).

Estos atributos son señalados como indispensables, dentro de la forma de ser de la mujer proveedora de salud, por ser una persona al igual que la usuaria; para que llegue a producirse una real y verdadera interacción entre la mujer usuaria y la mujer proveedora de salud.

...Que te dé confianza a que la paciente también ¿no? se suelte y pa' que pueda contar sus cosas íntimas (Helena).

Sin embargo, es el buen trato desarrollado por la mujer proveedora de salud a la mujer usuaria, el que viabiliza la relación entre la mujer proveedora de salud y la mujer usuaria. De esta forma, si la usuaria recibe un buen trato por parte de la proveedora de salud, favorecerá la confianza necesaria en la usuaria para explicitar todas sus interrogantes, inquietudes, dudas y temores,

¡Claro! Que sea tratable...que sea amable....¡empática! (Romina).

Esta confianza de la usuaria será confirmada por la mujer proveedora de salud al desplegar acopio de paciencia en las explicaciones solicitadas por la usuaria, de ser necesario. Así como por la minuciosidad aplicada en su ejercicio profesional para el diagnóstico y tratamiento pertinentes.

Además, el buen trato de la mujer proveedora de salud, representa para la usuaria el estar no solamente ante una profesional de salud más; sino frente a una persona mujer, igual que la usuaria; que demuestra sensibilidad, amabilidad, haciendo uso de una voz adecuada para establecer comunicación y lograr hacerse entender por la otra, en este caso la mujer usuaria.

Este buen trato ayuda no solamente a la mujer proveedora de salud a sentirse bien; sino que al brindar un buen trato a la mujer usuaria, recibe de la misma mujer usuaria el mismo trato que la mujer proveedora de salud proyectó durante la atención. De este modo, la mujer usuaria establece una interacción con la mujer proveedora de salud, donde es innegable la participación tanto de la usuaria y de la proveedora de salud para que exista tal interacción, pues la mujer usuaria requiere de la mujer proveedora de salud para acceder a un mayor conocimiento, conciencia y experiencia de sí misma; a través de su cuerpo femenino, su salud y su vida.

9.6.1.2 Del hombre proveedor de salud.

Las usuarias manifiestan que tanto el hombre proveedor de salud como la mujer proveedora de salud tienen la misma capacidad e inteligencia para desenvolverse profesionalmente. Sin embargo, son completamente distintos en carácter y en emociones.

Green que somos... cualquier cosa ¿no? Animales ¿no?. En cambio, con la mujer, sí. Si he tenido buen trato, tengo buen trato, hasta ahora con mujeres. Me atienden bien (Ana)

La mujer proveedora de salud sí brinda buen trato, confianza en un contexto de amistad, comunicación, da respuestas a preguntas, amabilidad, etc. El hombre proveedor de salud es parco, de hablar corto, sin contacto visual; apurado para la atención sin generar comunicación, no transmite confianza, no se gana a la paciente, establece una relación jerárquica y de minusvaloración hacia las usuarias; tal y como se expone en:

...siempre se le ha caracterizado por ser siempre el machito, el varoncito o el tosco ¿no? (Daniela).

Al respecto, el proveedor de salud puede realizar la atención sin generar conversación mostrando un trato duro.

Yo... Claro, porque me tiene que tratar con respeto por lo menos ¿no? (Leila).

Que para las usuarias está representado por el hombre proveedor de salud serio, tosco, vulgar y hasta desvergonzado para hablar, reflejado en las expresiones "...que no te trate duramente como se pueda decir ¿no?", "...Se expresan así rápido nomás, por no decir vulgar..... O sea, sí, ¡no se miden!", "¡A veces son tan déspotas ¿no? con las pacientes! No atienden bien ¡Qué sean más estéeee.....! ¡Más humanos!".

Y este enorme contraste, en el que al parecer las usuarias no serían capaces de identificar una proveedora con defectos, puede sugerir algo a primera vista a lo que hay que prestar atención: La idealización de las mujeres. Sin embargo, hay que considerar que en la construcción de las representaciones sociales de las usuarias en relación a los sexos y sus relaciones sociales, corresponden a un orden social de género en base al prestigio y preponderancia de lo masculino¹⁴

Más bien, estas representaciones sociales sobre el sexo de el/la proveedor/a de salud, responden al hecho de ser poseedora del cuerpo femenino y a las experiencias del vivir el ser femenino¹⁵. En donde, el cuerpo es el que reorganiza las diferentes valoraciones y oportunidades de autonomía que le otorga la sociedad¹⁶.

En ese sentido, la noción del cuerpo como "situación" enunciada por Beauvoir, es la que constituye al cuerpo en una conexión entre cultura y elección. A través del cual, las usuarias de construyen y reconstruyen, los patrones y los roles del sistema de género en que se desenvuelven e interactúan día a día¹⁷. De ahí que la elaboración de la diferencia sexual en la preferencia de atención por una mujer proveedora de salud, está asociada al reconocimiento y la reconexión con elementos que influyen en las preferencias de las usuarias. Esto es, a su particular representación social de lo que corresponde ser hombre, de lo que corresponde ser mujer, como proveedores de salud dentro de una organización social representada por el sistema de servicios de salud¹⁸.

De esta forma, una vez más es el trato identificado por las usuarias, el que propiciará o eliminará todo atisbo de confianza en la usuaria para expresar sus interrogantes y dudas ante el hombre proveedor de salud; porque para las usuarias, el buen trato está directamente relacionado con el respeto, la solidaridad y las potencialidades que tienen tanto las mujeres proveedoras de salud como los hombres proveedores de salud; por

¹⁴ Ortner y Whitehead (1997)

¹⁵ FNUAP (2000)

¹⁶ Rodó (1994)

¹⁷ Butler (1997)

¹⁸ Lamas (1996)

su formación y experiencia profesionales, para las atenciones de salud, haciendo frente a los requerimientos de salud de las usuarias. A efectos de conservar siempre una relación proveedor/a de salud con la usuaria en un contexto de amabilidad y consideración a su condición de ser humano.

Además, para las usuarias, un buen trato es la resultante materializada de una esmerada formación personal y profesional. Que se caracteriza por mostrar buenos modales y brindar un trato con respeto y paciencia durante la atención en salud. Pues las usuarias consideran que esta atención es enriquecida por un compromiso particular por parte de el/la proveedor/a de salud. Y que el compromiso, es asumido como un esfuerzo individual en el caso de el/la proveedor/a de salud, a la vez que un esfuerzo social y conjunto del sistema de servicios de salud; con el objetivo de alcanzar el reconocimiento, la integración y la colaboración de todas y todos sus usuarias y usuarios. No es ilógico pues afirmar, que conforme el carácter, la educación, los modales que demuestre el hombre proveedor de salud hacia la mujer usuaria para tratarla bien, en igual forma generará la consecución de su atención en salud en general, en salud sexual y salud reproductiva, en planificación familiar.

Sin embargo, las usuarias prefieren la atención de una proveedora de salud porque tiene buen trato, paciencia y es mujer como las usuarias; e incluso hasta les da recomendaciones para su próxima cita. Al respecto, las usuarias señalan que el proveedor de salud debe brindarles información al igual que su contraparte mujer. Y las usuarias también refieren que la información a proporcionar es relativa al método anticonceptivo elegido a usar, respecto a su mecanismo de acción, sus ventajas y sus desventajas; porque al ser las poseedoras del cuerpo en que se aplicarán dichos métodos, les corresponde a ellas realizar las decisiones sobre su cuerpo, y se trata de que estas decisiones sean decisiones informadas.

En ese sentido, es lógico identificar que las relaciones entre proveedoras de salud y usuarias de este establecimiento de salud, no son precisamente dadas dentro de un entorno de jerarquías y asimetrías. Pues ambas partes comparten y ejercen una interacción de la una sobre la otra y viceversa, que les permite delimitar sus acciones: En la que prevalecen relaciones horizontales que favorecen el diálogo, el respeto mutuo y la valoración recíproca, con el agregado de que la usuaria pueda definir sus decisiones personales respecto a su salud sexual y reproductiva.

Es notoria pues, la reiteración de las usuarias en cuanto a las motivaciones de su preferencia de ser atendidas por una mujer proveedora de salud. Donde el hecho de recibir un trato adecuado no solamente fortalece sino expresa un reconocimiento a su dignidad como ser humano. Que además, ennoblece a la relación mujer proveedora de salud con la mujer usuaria; pues salvaguarda de la incomodidad y el desengaño, así como prescinde el malestar y la impotencia para las usuarias, ejercitando su propia perspectiva en sus atenciones de salud; porque a las usuarias les corresponde ser tratadas como seres humanos que sienten, piensan y deciden por sí mismas; para que así sean valoradas y respetadas en todo establecimiento de salud.

9.6.2 Cualidades profesionales de el/la proveedor/a.

9.6.2.1 De la mujer proveedora de salud.

Las usuarias manifiestan que la apariencia física de la mujer proveedora de salud no es realmente fundamental o de relevancia alguna si se trata de recibir una atención pertinente a través del comentario "...con mucha paciencia y que sea minuciosa y que... Bueno, que se dé a entender". Al respecto, coinciden en enfatizar, que mucho más importante es la solvencia profesional que evidencia la mujer proveedora de salud

durante el proceso de la atención: “Yo no me fijo en que si es fea, bonita, hermosa, horrible, o si es gorda la doctora. Lo que me importa ¡es lo profesional que sea!”.

Estas apreciaciones se encuentran reforzadas por las mismas usuarias en “...Que sea tratable y que te... te hable ¿no? Que te trate bien pues ¿no?”, “...y que sea sobre todo sensible ¿no? a lo que, a veces a lo que uno, a lo que uno va ¿no?”, “...sino que lo que es importante es el trato y que te brinden confianza”. Quienes refieren una serie de atributos esperables en la mujer proveedora de salud tales como: Paciencia, minuciosidad, que se dé a entender, comunicación, amabilidad, con voz adecuada, sensibilidad, dar confianza, trato exclusivo, etc. Que si bien es cierto, más corresponden a la forma de ser como persona de la mujer profesional de salud, no es menos evidente que son cualidades deseables tanto en mujeres como en hombres proveedores de salud revelado por “...Les gusta su carrera y por lo mismo ¡te tratan bien! ¡te saben aconsejar! ¡te saben esteeee.....! ¡te saben orientar! ¿No?”.

Sin embargo, no dejaron de mencionar la importancia de la limpieza no solamente en la persona, sino que de igual forma en el uniforme y en el ambiente del consultorio que se desprende de “Por la forma externa.... ¡la limpieza! ¿No? No, el ... Su atuendo que ellos llevan...¡El orden que tengan en su ambiente!...Y la limpieza que tengan con los implementos que ellos usan...”. Y asimismo, destacaron el arreglo personal femenino para la mujer proveedora de salud. Al respecto, para las usuarias, la limpieza en la mujer proveedora de salud implica mucho más que la apariencia externa.

La limpieza en la mujer proveedora de salud representa para las usuarias el ejercicio vivo de toda una ética de vida sana; cuyas evidencias se ven reflejadas o son constatadas en el rostro, en la indumentaria y en el espacio de atención de la mujer proveedora de salud. De esta forma, para las usuarias, la mujer proveedora de salud; proyecta por ella misma, por la manera que las usuarias la ven y la perciben desde su particular punto de vista, por el entorno que la rodea; una imagen congruente con su yo femenino como ser humano, como proveedora de salud.

9.6.2.2 Del hombre proveedor de salud

El aspecto físico del hombre proveedor de salud no es relevante para las usuarias en las expresiones “Yo creo que más el paciente no va al consultorio por ver al doctor si es simpático o es feo ¿no?”, “...Uno va a atenderse y no a.... no a estar mirando realmente su aspecto ¿no?”, “.....No pedimos un Tom Cruise ¿no? pero al menos que sea una persona pues caritativa ¿no?...carismática.”.

Al respecto, más bien mencionan características deseables en su forma de ser, como amabilidad, atención, comprensión, empatía y solvencia profesional; reflejadas en “Que sea amable, atento ¿no? Y que no te hable... que no te trate duramente como se pueda decir ¿no?”, “Yo quiero más que todo un doctor que sea profesional”.

Que sea una persona sencilla, mayor, con experiencia en el ejercicio profesional;

...primeramente, para el centro de salud, siempre lo principal es la limpieza y también el doctor también tiene que estar como se dice bien,...bien aseadito, bien limpiecito (Helena).

Y a la vez, ofrezca limpieza personal y del ambiente de consulta, higiene en los materiales e instrumental a utilizar. Esto es, presencia profesional en sí mismo y en sus implementos, según las manifestaciones

Por la forma externa....¡la limpieza! ¿no? ...El que usen diferentes guantes quirúrgicos para atender a cada una estéee ...¡El orden que tengan en su ambiente!...(Paola).

Y porque las usuarias identifican en el hombre proveedor de salud la tosquedad inherente al hecho de ser hombre, expuesto en “No. Los hombres son muy toscos así que...así para hablar... así para decirte son...muy...muy toscos”, es que asimismo resaltan el indispensable uso del uniforme y la práctica del aseo revelado por “....Bien presentable; bien, bien cambiadito ¿no? Limpio...”, “...Primera clase ¿no? porque es un personal de salud y tiene que...tiene que....tiene que....Demostrarlo ¿no?”.

Esta tosquedad, representa para las usuarias, la expresión del manejo del poder por el hombre proveedor de salud. En una reverberación del ámbito privado de su vida en el ámbito público de la atención de su salud, cuando no en el reflejo del ámbito privado de la vida del hombre proveedor de salud en el ámbito público de su atención de salud. Donde el cuerpo femenino es a la vez, el espacio y el depositario de la experiencia de la tosquedad, que transita desde las formas más primarias hasta los estilos más refinados a través de variados niveles intermedios.

Las formas más primigenias de tosquedad son reconocidas por las usuarias mediante el mal trato y el despotismo que reciben del hombre proveedor de salud gracias al proceso de objetización en que son inmersas durante su atención en salud. Un nivel intermedio es aquel en que si bien el hombre proveedor de salud identifica a la mujer usuaria como un ser distinto, es precisamente esta diferenciación donde el referente es el propio hombre proveedor de salud, la que le conlleva al afán de ejercer el control; muchas veces expuesto por las usuarias, cuyas atenciones se realizaron en ausencia de confianza y libertad suficientes para expresar y absolver todas sus interrogantes y temores, mucho menos las más particulares. Y el modo más elaborado, es el poder detentado por el hombre proveedor de salud que aunque valora a la usuaria en cuanto a su condición de persona en este caso, no es capaz de ejercer respeto a sus derechos ni cumplimiento a los deberes para con la usuaria; no necesariamente en los casos extremos de iatrogenia y negligencia profesionales cuando no en la atención diaria de la consulta externa de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Al respecto, las usuarias no dejan de expresar su preferencia de más bien ser atendidas por mujeres profesionales de salud que por hombres profesionales de salud en la afirmación “¡Más Obstetras, más ginecólogas!Yo no digo que los hombres sean malos....¡No! ¡No digo eso! Sino que...creo que uno como mujer se siente más en confianza con una mujer...”, al manifestar su deseo de que existan mayor número de mujeres proveedoras de salud ya sean Obstetras o ginecólogas; porque dada su condición de mujer, la usuaria se siente en confianza para expresar libremente hasta sus consultas más íntimas con la mujer proveedora de salud respecto al hombre proveedor de salud. Quien al quedar excluido de participación en esta interacción entre mujeres, no va a poder ejercer algún tipo de dominio o control sobre la usuaria.

Asimismo, las usuarias distinguen que si el hombre proveedor de salud ama su profesión ofrecerá un buen trato, que se señala en “....Que ame su carrera porque las personas que aman su carrera ,,,,¡les gusta!....Les gusta su carrera y por lo mismo ¡te tratan bien!”. En caso contrario, será evidente el mal trato porque no se siente realizado con la función que realiza. De esta forma, al no estar contento consigo mismo en el ejercicio de sus funciones, no estará contento con persona alguna, evidenciando esta disconformidad a través del mal trato a la usuaria.

Por tanto, no es menos cierto que las usuarias al reconocer las "limitaciones" del hombre proveedor de salud, inherentes a su condición de hombre, expresan la existencia de dos requisitos mínimos en el hombre proveedor de salud, cuales son el carisma y la paciencia.

9.7 Atenciones previas.

El hombre proveedor de salud siempre está apurado para atender, señalado por "En cambio, cuando he ido y me ha atendido un varón eh.... eh.... el chico me pareció un poco estéee apurado, estéee un poco frío, estéee.... ¡Insensible!", por lo que la usuaria identifica la imposibilidad de que se establezca conversación y mucho menos la realización de algún tipo de comunicación en las expresiones:

...no se daba la conversación, la comunicación ¿no?...Pero, pero en caso de una mujer, no, ¿no?... „Había siempre una buena comunicación, no había necesidad de sentirme insegura ni intranquila (Ana).

De esta forma, las opiniones o comentarios de las usuarias reciben nula o parcial atención por parte del hombre proveedor de salud expuesto en "¡Te escuchan a medias! ¡No te escuchan completo! Te dicen "¡Ah ya, bueno! ¿no? y....."¡Y me ha pasado! ¡....con...con...con ginecólogos! ¡varones! ¿no?..."; siendo ignorados por motivos de tiempo, rutina o porque sus poseedoras tienen la misma condición de mujer usuaria, a lo que se agrega el sentimiento de vergüenza que experimenta la usuaria cuando es revisada por el hombre proveedor de salud en la declaración "... a veces hay doctores que... vas porque te examine y te comienza a manosear ¿no? Tus partes íntimas a veces y... No. Yo preferiría que sea mujer por eso".

Mientras que la mujer proveedora de salud, transmite confianza y tranquilidad a la usuaria durante el desarrollo de la atención generando un espacio en el que la usuaria encuentra la libertad para expresar sus opiniones y comentarios, incluso durante el examen físico, además de la confianza y la tranquilidad ya citados.

Y..... y mayormente como le digo así los hombres son bien duros para tratarte. No tienen la delicadeza que a veces una mujer te lo da ¿no? (Carla).

Que conlleva a que la usuaria refiera que de tener la oportunidad de ejercer su preferencia de atención a la vez que su finalidad de atención, la usuaria decide atenderse con una mujer proveedora de salud.

Otra diferencia fundamental y no por ello menos dramática, es la posibilidad por mínima que esta sea para la usuaria, de que el hombre proveedor de salud por su condición de hombre abuse de su posición profesional y violente el cuerpo femenino, de una u otra forma, durante la atención. Situación que obviamente, está descontado vaya a ocurrir, en el caso de la atención por la mujer profesional de salud.

Además, las usuarias resaltan la tosquedad del hombre proveedor de salud frente a la delicadeza de la mujer proveedora de salud en los comentarios "...la doctora te va a hablar bien suavemente, te va a decir las cosas como son, con más paciencia. En cambio el doctor te lo dice de: ¡Zas! ¡De hachazo!", "A veces.... Bueno, los hombres son un poco más toscos ¿no? en mi caso. Y bueno, la mujer es un poco más delicada". Sin embargo, esta tosquedad no se circunscribe al trato, sino que involucra un lenguaje tan altisonante cuando no abrupto y recriminatorio hacia la usuaria, que se diferencia del lenguaje amable y conciliador de la mujer proveedora de salud.

Al respecto, las usuarias especifican que la mujer proveedora de salud no solamente es más minuciosa y detallista sino que muestra tener paciencia, tiempo, disposición y tino para explicar los aspectos relevantes o aquellos hallazgos que así lo ameriten ante las usuarias. Mientras que en el caso del hombre proveedor de salud, su manera de expresar las cosas si se da la situación, se aproxima a la intransigencia, la brusquedad, la frialdad, la insensibilidad y el ocasionar temor en las usuarias.

No obstante, aún si en alguna mujer proveedora de salud, la mujer usuaria identificó alguna forma de coerción para la atención; sin embargo, se ratifica en manifestar que ante la posibilidad de poder elegir entre el hombre proveedor de salud o la mujer proveedora de salud para su atención, su preferencia para atención es por la mujer proveedora de salud pues además de la paciencia y confianza transmitidas, demuestra cariño por lo que hace. Es decir, que ama su profesión y valora la atención que proporciona a la usuaria, porque se siente realizada con la función que desempeña.

Este aprecio por la función que cumple dentro de los servicios de salud sexual y salud reproductiva por parte de la mujer proveedora de salud, es percibido y experimentado por la mujer usuaria a través del entorno de amicalidad en que llega a desarrollarse la relación mujer proveedora de salud con la mujer usuaria, incluso hasta en la forma de dar las indicaciones finales y las recomendaciones para controles posteriores. Si se trata del hombre proveedor de salud, se remite solamente a repetirlas de manera mecánica, si es que así lo hace.

X. Interacciones al interior de la relación proveedor/a-usuaria

10.1 Percepción sobre las respuestas a sus demandas.

Las experiencias de las usuarias son adquiridas a través del vivir el cuerpo femenino. El cuerpo de la mujer es el depositario del cúmulo de vivencias pero a la vez es el medio por el cual se adquieren estas vivencias. En esta forma, cada experiencia es única e irrepetible en cada mujer usuaria; y además, cada experiencia es única e irrepetible aún en la misma mujer usuaria.

La tenencia del cuerpo femenino está inmersa en la experiencia del cuerpo de la mujer y la experiencia del cuerpo femenino está en relación a la tenencia del cuerpo de mujer. El cuerpo femenino, su tenencia y la experiencia a través de esta tenencia, es el denominador común entre todas las usuarias.

Este cuerpo femenino, es el que permite a las usuarias situarse y relacionarse dentro de los distintos entornos, en que se desenvuelven e interaccionan con los demás manifiesto en "...Una mujer estéee te escucha, te presta atención a lo que tú, a lo que tú les.... ¡A las dudas sobre todo! A lo que uno tiene y te explica ¿no? Te explica y te hace entender, te hace entender ¿no? En cambio un varón yo lo he notado así apurado". Este cuerpo femenino, es el que identifica dentro de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, a el/la proveedor/a de salud con la capacidad de escucharla que se desprende de "Bueno, creo que con una mujer ¿no? Porque ella me entiende los problemas que tengo y.... Y ella también los ha podido pasar ¿no?", "A veces los hombres no te escuchan así como una mujer, cuando tú le hablas ellos no...No te toman interés, no te toman atención".

Y si bien es cierto que para las usuarias, tanto la mujer proveedora de salud como el hombre proveedor de salud como profesionales que son, tienen un conocimiento del cuerpo femenino, teórico por su formación profesional y práctico por los diferentes cuerpos femeninos que hayan examinado. En igual forma, es muy cierto que la atención en salud sexual y salud reproductiva como en salud general, va más allá de la evaluación física.

En efecto, la atención no solo en salud sexual y salud reproductiva sino en cualquier otra área o especialidad de la salud, involucra la elaboración de la historia clínica correspondiente, donde la exploración corporal al igual que la anamnesis entre otros, forman parte de sus componentes. Sin embargo, la anamnesis o interrogatorio es el arte que aprende y desarrolla el/la proveedor/a de salud para averiguar y conocer a través del relato oral y el lenguaje no verbal, datos fundamentales para el diagnóstico pertinente. Más aún, es el primer paso de la historia clínica; siendo fundamental la conversación con la mujer usuaria para conocer qué le pasa, revelado por:

En la capacidad de escuchar...me parece que las mujeres sabemos escuchar ¡más! El varón es....¡muuyyy.....muy desesperado! (Romina).

No obstante, si bien la conversación es vital para el establecimiento de la comunicación entre el/la proveedor/a de salud y la mujer usuaria, esta comunicación interpersonal es todo un proceso en el que podemos distinguir tres etapas: La transparencia y la forma de emitir el mensaje, la manera en que es recibido el mensaje, y la comprensión o no del mensaje. Donde el escuchar, es un aspecto clave del proceso, ya que proporciona acceso directo a las respuestas de la otra persona; permite entender sus expectativas, preocupaciones y prioridades. Da indicios acerca de los recursos, medios o estrategias para poder mantener la comunicación de la mejor forma.

Más que todo para escuchar se necesita carácter, tolerancia.....¡Y hay personas que la tienen! ¡Y otras que no la tienen!Así que hay diferencias....Será porque son mujeres y nos entienden ¿no? Entonces.....¡imagínate un hombre! ¿Qué sería eso....? ¡Algo ilógico! (Sahara).

Sin embargo, en el caso del hombre proveedor de salud, si bien las usuarias identifican el conocimiento profesional teórico y práctico acerca del cuerpo femenino a través de “Bueno...se podría decir teoría y en la práctica en otras mujeres que han... que han examinado pero... No es su cuerpo, es el cuerpo de la mujer. Por lo tanto creo que no es...aconsejable”; en igual forma, expresan la ausencia de este conversar y más aún del escuchar al declarar:

Ella más te escucha. O sea te pregunta más cosas.... que “¿Has tenido molestias ¿no?” durante el embarazo o durante las pastillas. Yo veo que más te...Te explica más.... con respecto al tema te explica más que el hombre (Carla).

Asimismo, este no reconocimiento del otro, por la mujer usuaria, revela las pautas más acendradas y no por ello menos soterradas de la organización patriarcal de nuestra sociedad; en la que de una ú otra forma las relaciones de género se han establecido en base a la preeminencia y el control del poder por lo masculino. Este escenario se ha visto reproducido y sostenido por el Estado y sus políticas sanitarias en el sistema de servicios de salud, concretando su participación solamente como ente rector en los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Donde, las atenciones de consulta externa realizadas por el hombre proveedor de salud, de una ú otra forma desvelan el otro estatus respecto al masculino: El estatus diferente otorgado a la mujer por la sociedad actual, que se traduce en relaciones de poder desiguales, que generan una

escasa o nula expresión por parte de las usuarias; teniendo una menor o invisible consideración por parte del hombre proveedor de salud en la toma de decisiones que la beneficiarán en su cuerpo, su salud y su vida, en los diversos entornos en que las mujeres usuarias se desenvuelven.

Mientras que en el caso de la mujer proveedora de salud, si bien las usuarias le reconocen de igual manera, el tener conocimiento teórico y práctico del cuerpo femenino por su formación y ejercicio profesionales; no es menos cierto que distinguen otras habilidades tales como la tolerancia, la paciencia, el explicar más, el brindar más confianza y el transmitir más calma. Que aunados al hecho de ser mujer al igual que la usuaria, de tener experiencias a través del vivir este cuerpo femenino, fortalecen poderosamente la identidad femenina.

Estéee con una mujer. Las veces que he ido al consultorio me ha.... Me ha atendido mejor porque me han explicado más ¿no? Y me han tratado con más confianza (Jessica).

Esta identidad femenina que se halla constituida por un conjunto de características que distinguen tanto a la mujer usuaria como a la mujer proveedora de salud dentro de un grupo, categoría o condición, la de ser mujer. Donde el signo permanente y coherente, el cuerpo femenino, es el que refuerza la preferencia fundamentada en la capacidad de pertenencia a una entidad semejante a sí misma; pero que a la vez, inexcusablemente genera, la diferenciación.

Diferenciación en la capacidad de escucharla porque al tener la mujer proveedora de salud un cuerpo femenino, resulta más pertinente para comprender la percepción que las mujeres usuarias tienen de sí mismas y de sus motivos de consulta en salud sexual y salud reproductiva. El ser mujer usuaria de servicios de salud que se muestra a sí misma, el ser mujer, solamente es posible a través de la interacción con otras personas; en particular con aquellas que son representativas para su salud y su vida, otras mujeres, las mujeres proveedoras de salud. Donde, si bien el nexo que une a las mujeres usuarias con las mujeres proveedoras de salud es la tenencia del cuerpo femenino; en igual forma, el vínculo con las mujeres proveedoras de salud, es la identificación de lo femenino.

En esta diferenciación de la capacidad de escucharla que da lugar a la identificación de lo femenino, al reconocer la usuaria como una buena oyente a la proveedora de salud, mejora ante sí misma el prestigio profesional y personal de la mujer proveedora de salud; porque ha evidenciado aprecio por las perspectivas de la mujer usuaria, comprensión de sus puntos de vista, empatía con sus experiencias de vida y regocijo con sus particulares participaciones. Donde, el escuchar de manera completa y desprejuiciada de la mujer proveedora de salud, es de significativa consideración para las mujeres usuarias en sus preferencias de atención por mujeres proveedoras de salud.

Más aún, el escuchar de la mujer proveedora de salud para la mujer usuaria, constituye algo adicional al hecho de realizar una pausa para permitir a la mujer usuaria expresarse. El escuchar de la mujer proveedora de salud representa su presencia plena que brinda total atención a la mujer usuaria porque involucra una meditación continua para entender el significado completo de lo que la mujer usuaria que se está manifestando, está intentando de decir. Y además, este escuchar consciente y de compromiso pleno de la mujer proveedora de salud se distingue como “escucha activa”

ya que la mujer proveedora de salud está averiguando activamente para desentrañar y discernir la perspectiva de la mujer usuaria.

10.2 Capacidad resolutive.

La atención en salud sexual y salud reproductiva, que comprende la atención por planificación familiar, involucra el tener conocimiento de la causa por la que la mujer usuaria consulta a el/la proveedor/a de salud. Este proceso es una etapa de comunicación espontánea y abierta en la cual la mujer usuaria ha de transmitir su particular situación e inquietudes, proporcionar sus propias explicaciones y justificaciones. Donde el/la proveedor/a de salud tiene que realizar la escucha activa, favorecer un ambiente de tranquilidad y credibilidad para saber recepcionar los requerimientos de la mujer usuaria; siendo la historia clínica el instrumento en que se recogen las expresiones literales brindadas por la mujer usuaria, que constituyen la base de datos para aplicar las decisiones y/o acciones que efectuará el/la proveedor/a de salud.

Asimismo, de existir más de un motivo de consulta durante la atención en salud sexual y salud reproductiva, la mujer usuaria ha de manifestarlos todos desde el principio de la atención, facilitando su resolución posterior por parte de el/la proveedor/a de salud. Por otro lado, es necesario precisar que al hablar de motivo de consulta se hace referencia a la razón de la atención de salud sexual y salud reproductiva, de planificación familiar en este caso. Y al mencionar problema de salud, este es el resultante del diagnóstico de salud realizado por el/la proveedor/a de salud. De ahí que, tanto los registros por motivos de consulta al igual que por diagnóstico, si bien tienen un beneficio clínico, en igual forma favorecen la actualización, el seguimiento y la evaluación de los diferentes indicadores de salud pública. No solamente de la salud sexual y salud reproductiva de la mujer sino del total del sector salud en el marco del cumplimiento de las políticas nacionales de desarrollo de la población peruana.

En este contexto, si bien para la mujer usuaria existe la misma capacidad en cuanto a conocimiento y experiencia profesional para resolver motivos de consulta por parte del hombre proveedor de salud y de la mujer proveedora de salud. En igual forma, establece que hay más confianza con la mujer proveedora de salud, asociada al hecho de haber podido vivir o de poder vivir experiencias similares por ser mujer, revelado en sus afirmaciones.

A veces nosotros nos ponemos a pensar y decimos ¿no? No tiene de repente paciencia o de repente no siente lo que nosotras estamos sintiendo... Pero una mujer no, una mujer con más confianza se acerca y nos dice "a ver dónde, dónde le duele; a ver voy a hacer esto, ...Es por ese motivo que yo... que yo digo que... que la mujer debería estar en estas especialidades donde la mujer al igual que el profesional pueden experimentar ¿no? esos sentir... esos... esos sentimientos ¿no? (Ana).

Además, resalta la pertinencia de la mujer profesional de salud en servicios de salud sexual y salud reproductiva, por tener un doble conocimiento del cuerpo de la mujer. Es decir, el conocimiento debido a su formación profesional y el conocimiento experiencial o la experiencia in vivo por poseer el cuerpo femenino.

De igual manera, la mujer usuaria precisa que la mujer proveedora de salud se toma más tiempo que el hombre proveedor de salud para resolver los motivos de consulta; manifestado en:

Así que las mujeres, pues. Y los hombres no te escuchan. Tan solo un par de palabras cuando tú le dices... "Ya, ya, ya"... Te botan ya... No te escuchan (Katya).

Esta dilación, considerando que para la usuaria existen iguales conocimientos y preparación, puede interpretarse como una mayor atención y profundidad en el análisis

para emitir un diagnóstico por parte de la mujer proveedora de salud, que sea por consiguiente en beneficio de la usuaria. Así como, desarrollar y aplicar las habilidades pertinentes para detallar y hacerse entender por la usuaria sobre el estado de su salud, sin precipitaciones o especulaciones irrelevantes para la salud sexual y salud reproductiva de la mujer usuaria.

La doctora ha sido la que con más capacidad ¿no? porque me ha explicado las cosas como debo de cuidarme y todo eso y..... Y es mejor que sea una doctora.... ¡Explica mejor las cosas! (Jessica).

En ese sentido, la mujer proveedora de salud evidencia más paciencia y explicaciones, es más expresiva y accesible; creando un ambiente en el que la mujer usuaria, a su vez, se sienta con la confianza de manifestar todas sus inquietudes e interrogantes; tal y como se desvela de:

En cambio con la mujer a veces le dices ¿no? "¿Para qué sirve esto?", "¿De qué.... para qué es esto?", "¿Voy a sentir esto....?"..... Haces más preguntas, tienes más conversación (Carla).

De ahí que se genera en mayor intensidad y frecuencia la conversación, conllevando a una interacción mujer usuaria con mujer proveedora de salud, más dinámica, horizontal y humana.

No, no creo....Porque el hombre nada más se va a dedicar a "Señora ¿qué te cuidas?" "Con tal" "Ya" "Tal vez la espero" "Tome, tantos, tantos....Siga con sus preservativos". La mujer no...."Pero ¿te ha sentado?" "¿te está yendo bien?" Estéee..."O ¿has sentido algún cambio en tu cuerpo?" "¿O te duele?"... ..Entonces...no, no, no, no tienen esa confianza de preguntarle al hombre como que te pregunten a una.....Por ahí ¡va el trato.....! (Olivia).

Que favorece no solamente a la satisfacción de su requerimiento de salud, sino que además facilita la toma de decisiones responsable con información y consentimiento pertinente así como la adherencia voluntaria y comprometida en el tratamiento correspondiente. Mientras que el hombre proveedor de salud, tanto en su lenguaje verbal como no verbal, está ausente de comunicación o son mínimas sus intervenciones. Que junto al uso de un lenguaje técnico y un trato adusto cuando no jerárquico, más bien ocasiona un escenario carente o escaso de la confianza necesaria para que la mujer emita sus inquietudes y dudas, pueda entender y asimilar los tecnicismos usados al referirse a su situación de salud, y mucho menos llegar a la conversación fundamental que ocasione la comunicación inequívoca para el establecimiento de la relación proveedor de salud con la usuaria; sin garantía alguna de que la necesidad de salud de la usuaria fue satisfecha en forma adecuada, situando la salud sexual y salud reproductiva de la mujer usuaria en una condición de riesgo; que pudiera elevar a corto, mediano o largo plazo las tasas de mortalidad y/o morbilidad maternas, en contravención a los objetivos del milenio, de los cuales el Perú es país suscrito.

Otro aspecto reiterado, es que el hombre proveedor de salud por su condición de hombre para la mujer usuaria, siempre deja abierta la posibilidad de un interés personal hacia la mujer usuaria. Que hace inviable la total confianza entre una mujer usuaria con un hombre proveedor de salud pronunciado en:

Bueno, más que todo la mujer sí me resolvería los motivos de consulta como me preguntaste ¿no? porque al hombre tampoco le preguntaríamos porque sería ya en vano....En cambio el doctor lo va a llevar por otra manera ¿no? De repente es así por... porque realmente no hay ¿esa confianza! ¡No hay una confianza entre una paciente mujer con un doctor! (Daniela).

Pues precisamente esa seriedad, la circunspección en su hablar y el actuar, la verticalidad de su trato, ese mostrarse más como profesional más no como persona, entre otras características regulares de su atención; son las que generan más desconfianza con la consiguiente incomodidad y parcial o nula satisfacción de la atención recibida por la usuaria. No siempre consciente y/o conocedora de estos

aspectos, cuando no acostumbrada a estos menesteres, llegando a asumirlos por la cotidianeidad de los mismos en un contexto de peligrosa normalidad; ya que si bien es la realidad que experimenta día a día, por ello mismo no es menos amenazante para la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres usuarias.

De ahí que si bien la capacidad de resolver sus motivos de consulta está referida al establecimiento del diagnóstico y por tanto el tratamiento adecuado; no es menos cierto como ya se ha señalado, que es de fundamental necesidad la conversación con la mujer usuaria, precisamente para que el/la proveedor/a de salud tenga conocimiento de estos motivos de consulta así como de las circunstancias en que se desarrollaron. Sin embargo, el establecimiento de tal comunicación lleva consigo la adquisición y aplicación de ciertas habilidades que las usuarias pudieron identificar como capacidades de trato a través de “Entonces.....capacidades de.... ¡De trato!....O sea, la diferencia entre hombre y mujer es simplemente que....¡Que cada uno estéee.....! ¡Actúe! De forma clara al momento de explicar las cosas...”.

Estas capacidades de trato son las que determinan las diferencias entre el hombre proveedor de salud y la mujer proveedora de salud al momento de resolver los motivos de consulta. Más aún, hasta entre hombres proveedores de salud y entre mujeres proveedoras de salud. Al respecto, las usuarias no solamente esperan veracidad y profesionalismo; sino claridad, minuciosidad y humanidad cuando se trata de explicar todo lo relacionado a su cuerpo, salud y vida.

La mujer usuaria ante el/la proveedor/a de salud se constituye como sujeto de atención que al demandar un servicio de salud sexual y salud reproductiva en este caso, reclama en forma tácita e inherente la atención del ser humano inmerso en el/la proveedor/a de salud porque antes de ser un/a profesional de salud, ha sido o continua siendo un ser humano en igual forma que la usuaria. No resulta ilógico pues, que sea la mujer proveedora de salud la que encaje más en este requerimiento; dado que como seres humanos comparten la misma condición humana, la de ser mujer.

Esta condición de mujer que en la proveedora de salud, se ve personificada y ampliamente reforzada por ser semejante a la usuaria en cuanto a la tenencia del cuerpo femenino. Y que además no sólo ofrece el enriquecimiento de su conocimiento como profesional de salud, sino que a través de las experiencias adquiridas por el vivir y el relacionarse mediante el cuerpo femenino, representa para la mujer usuaria una mayor coherencia en la atención brindada por la mujer proveedora de salud.

Esta mujer proveedora de salud que por su condición de mujer, se aproxima o iguala a la mujer usuaria en cuanto a la realidad o posibilidad que ofrece de que en algún momento ha estado o estará expuesta a lo mismo que se expone la usuaria como mujer en los diferentes entornos en que se desenvuelve en la sociedad. La mujer proveedora de salud por su condición de mujer, representa para la mujer usuaria, el conocimiento adquirido o por adquirir a través de la experiencia, de todas las vicisitudes que vivencia el ser humano femenino. Y a la vez constituye la reivindicación de su condición de mujer porque la mujer proveedora de salud, siendo mujer, pudo acceder a un conocimiento más que experiencial; pudo acceder a un conocimiento teórico y científico desde la perspectiva de lo masculino dentro de la organización patriarcal de la sociedad, que a la vez de validarla como profesional le otorgó poder como mujer.

10.3 intercambio de información.

En los últimos decenios la relación entre la mujer usuaria y el/la proveedor/a de salud ha mostrado cambios. Hace más de cincuenta años la mayor parte, por no decir la totalidad de proveedores de salud eran hombres. De ahí que la representación del

prestigio profesional esté encarnado por el hombre proveedor de salud, con el consecuente menoscabo de la mujer usuaria, en lo que puede denominarse “patriarcalismo sanitario”. Ante el hombre proveedor de salud, que determina qué es conveniente y qué es perjudicial para la mujer usuaria, la participación de la mujer usuaria no existe; porque la mujer usuaria no sabe de salud sexual y salud reproductiva ni de salud en general, no está en condiciones de opinar; siendo tratada como un ser sin facultad de decisión o autodeterminación dentro de una interacción mujer usuaria y hombre proveedor de salud de tipo jerárquica que se fundamenta en los extremos del mandato y de la sumisión, aún presente en la actualidad; produciendo la imperiosa necesidad de reformular la relación entre la mujer usuaria y el/la proveedor/a de salud en un contexto de respeto y de colaboración mutuos.

Donde el brindar información a la mujer usuaria, involucra la integración de su autonomía y de su libertad como ser humano, para ejercer la autodeterminación y la capacidad de decisión en temas que le atañen directamente en su cuerpo, su salud y su vida. En tal forma que la mujer usuaria al ser informada sobre su situación de salud sexual y salud reproductiva ú otras áreas, sobre la variedad de atenciones y tratamientos, de manera amable y ordenada; protagonizará a la vez, su propia toma de decisiones como el que sus decisiones sean respetadas.

Si bien es cierto que la interacción entre la mujer usuaria y el/la proveedor/a de salud transcurre en desiguales condiciones porque es el/la proveedor/a de salud quien posee los conocimientos, mientras que la mujer usuaria es desconocedora en estos temas, ubicándose en desventaja con relación a el/la proveedor/a de salud; en igual forma, una manera de compensar esta desigualdad es el brindar información detallada y accesible a la comprensión de la mujer usuaria tal y como se expresa en:

Y sobre todo que te explique todo lo que... lo que tú vas a... puedas aprender ¿no? Lo que ella te pueda alcanzar como profesional para que tú puedas entenderlo (Ana).

Más aún, si la mujer usuaria ostenta algún grado de compromiso de su salud, que la posicionaría en una situación más vulnerable dentro de esta interacción.

La mujer, porque me explica... a veces yo no entiendo como tomar una pastilla porque... a veces cuando una es primeriza no sabe ¿no? como la va a tomar . Y ella me explicaba...(Belinda).

Donde, esta compensación al hallarse basada en una percepción de equidad entre seres humanos, fundamenta totalmente la obligatoriedad de el/la proveedor/a de salud de poner a disposición de la mujer usuaria, la información correspondiente para que la propia mujer usuaria pueda realizar una toma de decisiones de manera libre e informada.

Para brindar información creo que una mujer está más al tanto ¿no? ehhh y en poder brindarme más información ¿no? en lo que es más detallista en alguna cosa, de repente ¿no? (Tracy)

En este sentido, el brindar información se constituye en un proceso bidireccional y/o de intercambio, donde se aprecia la participación tanto de el/la proveedor/a de salud al igual que de la mujer usuaria, que se desprende de:

....Ehhh como son casos de mujeres pienso que una mujer más te puede dar... más información ¿no? sobre todos estos temas que se han tocado (Vicky).

Pues es incomprensible el brindar información de manera discursiva en un entorno caracterizado por un/a proveedor/a de salud que es el/la único/a que “conversa” respecto al proceso de salud y el motivo o los motivos de consulta de la mujer usuaria, ya sea sobre los hallazgos, el diagnóstico, las probabilidades de otros diagnósticos asociados, el tratamiento, las ventajas y desventajas del tratamiento, etc.; sino que la

mujer usuaria realiza preguntas, plantea sus dudas, demanda mayores detalles, etc. con la resultante de un proceso ágil y duradero entre dos seres humanos, la mujer usuaria y el/la hombre/mujer proveedor/a de salud.

No obstante, si el hombre proveedor de salud y la mujer proveedora de salud desaprovechan este enfoque; así realicen el brindar la información en una sola dirección, esto es, desde el/la proveedor/a de salud hacia la mujer usuaria; están dejando de cumplir con su desempeño profesional que involucra el brindar información, siendo precisamente la historia clínica el documento en que se registran de manera meticulosa, los detalles de esta información.

Asimismo, es en la historia clínica donde junto con los signos y síntomas citados por la mujer usuaria, los exámenes de diagnóstico y sus resultados, los análisis complementarios y sus evidencias, el tratamiento, etc., corresponde encontrar la información brindada por el hombre proveedor de salud o la mujer proveedora de salud; pero en igual forma, las interrogantes y preocupaciones de la mujer usuaria. Sin embargo, es infrecuente o se encuentra ausente la realización de estos registros en las historias clínicas. Por lo general, ante el caso de la existencia de algún registro referente a tal información, éste se caracteriza por ser elemental y no personalizado.

En este orden, se hace necesario precisar que el brindar información, es pertinente además con las mujeres usuarias que acuden a el/la proveedor/a de salud para efectuarse un control o chequeo; como regularmente corresponde a las mujeres usuarias de la consulta externa de planificación familiar, dentro de los servicios de salud sexual y salud reproductiva de un determinado establecimiento de salud, según se refiere en “Bueno... Yo con mujeres.... son las que me dan información sobre mi método de.... mi método anticonceptivo ¿no?”, “Estéee con una doctora. ¿Porqué? Porque te explica mejor las cosas y las.... Una las entiende”. Al respecto, la mujer usuaria de algún método anticonceptivo específico, puede acudir ante el hombre proveedor de salud o la mujer proveedora de salud demandando atención en planificación familiar; más no exhibe una exigencia o compromiso de salud, no evidencia una dolencia, no reconoce un padecimiento previo; sino que el motivo de su consulta a el/la proveedor/a de salud es saber acerca de su estado de salud sexual y salud reproductiva. Donde, es precisamente el brindar información, la finalidad de la interacción mujer usuaria y el/la proveedor/a de salud.

En estas circunstancias, para la mujer usuaria al igual que para el hombre proveedor de salud y la mujer proveedora de salud, resulta insoslayable la exigencia de que el/la proveedor/a de salud realice el cumplimiento de brindar información revelado por:

Más, más nos da la mujer porque en caso de que tú.... la que te atiende también es una mujer yo pienso ¿no? Y estéee... tiene más....más trato cuando son del mismo sexo, creo(Carla).

Más aún, en el caso de que el hombre proveedor de salud o la mujer proveedora de salud, identifiquen signos y hallazgos de algún proceso patológico que involucre la sospecha de un pronóstico peligroso o hasta mortal, conforme a la afirmación “La mujer es la que explica mucho mejor con respecto a todos los métodos, porque es por conocimiento y por lo que ha estudiado debe saber más”; porque el hombre proveedor de salud y la mujer proveedora de salud no pueden, no deben sustraerse al hecho de brindar información. Pues de lo contrario, están yendo en contra de su desempeño como profesional de salud, justificando incluso un incumplimiento de contrato; y a la vez, en contra de su condición como ser humano. Por tanto, es válido agregar que el brindar

información también se refiere a las instrucciones que se proporcionan a la mujer usuaria una vez que se ha culminado su chequeo o control, a efectos de asegurar la validez del tratamiento o procedimiento aplicado, de prevenir la aparición de alguna entidad clínica concomitante, de controlar el avance de un malestar habitual.

Bueno, la que brinda información más que todo, es... ¡la doctora! Yo pienso que es así porque siempre es más desenvuelta... Me da esa sensación de ser desenvuelta con sus pacientes que somos mujeres porque en la obstetricia y ginecología ¡son más puras mujeres! (Daniela).

De ahí que el hecho de que las mujeres proveedoras de salud brinden más información que los hombres proveedores de salud, resulte trascendental en las preferencias de las mujeres usuarias para atenderse con mujeres proveedoras de salud. Pues las mujeres proveedoras de salud transmiten más confianza y más seguridad, que se encuentran reforzadas y evidenciadas cuando brindan información más detallada y dedican tiempo adicional. No solamente a la información, sino para la educación y la comunicación sobre la salud sexual y salud reproductiva de toda mujer; asegurándose de que las mujeres usuarias han entendido los temas correspondientes para que sean aplicados en su día a día.

Al respecto, si bien las mujeres usuarias agregan que depende de la actitud de cada profesional el despejar sus dudas; por ello mismo es relevante la mayor disposición a brindar información por parte de las mujeres proveedoras de salud aunada a su femenina condición. Las mujeres usuarias manifiestan que prefieren atenderse con alguien de su mismo sexo porque precisamente experimentan mayores confianza y seguridad cuando no mayor libertad para expresarse y detallar sus motivos de consulta, interrogantes e inquietudes que experimentan, así como las circunstancias particulares en que se produjeron.

En este orden, la mujer proveedora de salud no solamente es más proclive en brindar información por lo mismo que es más detallista; sino que además, la mujer proveedora de salud es más delicada al explicar las cosas; para la mujer usuaria. De este modo, la mujer proveedora de salud por ser mujer, representa ser la más apropiada para brindar información sobre salud sexual y salud reproductiva a las mujeres usuarias ya que precisamente se trata de casos de mujeres; porque además del conocimiento adquirido a través de la formación y ejercicio profesional, tiene un conocimiento personal por ser mujer a través de las múltiples experiencias de vivir y relacionarse mediante el cuerpo femenino, a lo largo de su vida en igual forma que la usuaria, enriqueciendo y caracterizando su atención profesional por una mayor prolijidad, minuciosidad y detalle durante la realización de la misma.

Además, si bien las relaciones o situaciones de género se estructuraron en aras del dominio o la preponderancia de un sexo sobre el otro, la agencia (Yon, 2000) desarrollada por las mujeres usuarias conlleva a establecer la identificación de otros paradigmas. Que si bien tuvieron su punto de partida en la división social del trabajo ya sea en el ámbito privado y en el ámbito público, sin embargo a lo largo del devenir de los años en los tiempos actuales, nos permite asistir a todo el proceso realizado en el transcurrir de una generación de mujeres a otras. Donde, en el caso particular de las mujeres usuarias, han respondido con la deconstrucción y re construcción de nuevas formas de relaciones de género, en las que de una u otra forma, han reconocido su capacidad de representarse a sí mismas, por sí mismas, en todo escenario, incluso en el escenario de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, porque han comprendido y asimilado que así como ellas mujeres, hay otras mujeres profesionales que en algún momento por su condición de mujer, pudieron estar o pueden estar en la misma situación de mujeres usuarias. Siendo esta condición femenina la que une y enriquece la interacción entre mujer proveedora de salud y mujer usuaria, pero a la vez recrea y ratifica la capacidad, el don, la cualidad de la empatía como ser humano. Que

si bien va más allá de la posesión del cuerpo femenino, encuentra en el ser femenino de la mujer proveedora de salud, su origen y su fundamento para la mujer usuaria.

10.4 intercambio de opiniones.

El hombre proveedor de salud representa para las mujeres usuarias una consulta rápida, caracterizada por la ausencia de tiempo o el corto tiempo que el hombre proveedor de salud prodiga para la usuaria. Quien se queda sin poder expresar lo que siente, lo que experimenta en su cuerpo, material y emocionalmente hablando; es decir, sus síntomas durante la consulta. En donde se condiciona un entorno de inexistencia de atención total o mayoritariamente exento de interacción alguna entre el hombre proveedor de salud y la mujer usuaria, por parte del propio hombre proveedor de salud declarado por “Y cuando en algunas oportunidades, yo he querido transmitirle mi opinión, simplemente ellos seguían... seguían revisándome... por motivos de tiempo ¿qué sé yo? Por la misma rutina o porque creen que todos, todas las personas somos las mismas”.

Esta ausencia de interacción verbal con el hombre proveedor de salud, sin conversación, sin comunicación; es la que conlleva a la mujer usuaria a identificar que en la atención por el hombre proveedor de salud, la condición de la propia mujer usuaria cual sujeto de atención, se encuentra de hecho sin reconocimiento, por lo que se expone en “...cuando le he consultado así mis inquietudes al doctor..... Bueno no, no me han contestado ¿no? Pero en el caso de la mujer a veces es un poco más abierta ¿no? Por lo mismo que es mujer en sí te contestan a tus inquietudes”. En igual forma que la apreciación de la expresión u opinión de la misma interesada, la mujer usuaria, al negarle voz y voto sobre su propio cuerpo, y negarse a escucharla rehusando toda forma de diálogo reflejado por:

Mira, según la experiencia que he tenido.... ¡en los hombres, no! Yo no.... ¡No, no, no con hombres! Porque tú le preguntas “¿Doctor...pero..?” “¡PERO SEÑORA....! ¡ESO ES ASÍ! “¡Doctor me duele....! “¡...o he sentido así!” “¡PERO ESO ES ASÍ, ESO ES ASÍ!”. En cambio en una mujer, creo que se pone en tu lugar y.... ¡e incluso hasta te cuenta sus experiencias! (Olivia).

Más bien, el propiciar de un soliloquio por parte del hombre proveedor de salud, representa un trato vertical; lejano de admitir el parecer, el sentir, el querer saber del otro; cuando precisamente este otro es la directamente afectada en su salud sexual y salud reproductiva, la mujer usuaria; con las repercusiones correspondientes en su cuerpo, su salud y su vida. A este efecto, el hombre proveedor de salud representa para la usuaria, la continuidad de un control masculino más allá del ámbito privado de su alcoba, de su casa, de sus parientes, etc. Este control masculino, que se reinventa en los servicios de salud sexual y salud reproductiva es el que irreconoce, inacepta y niega abiertamente ya no digamos su capacidad sino la facultad inherente a todo ser humano de auto determinarse y auto dirigirse en todos los entornos en que se desenvuelve. Y por tanto, de elegir, de preferir, de decidir en estos mismos escenarios diversos en que interactúa en su día a día.

Bueno, si se trataría de una mujer... yo preferiría que sea.... ...La mujer, la mujer porque ¿porqué? Porque más confianza ya le tengo ya a la mujer (Belinda).

Mientras que la mujer proveedora de salud, transmite seguridad y confianza desde el ingreso hasta el final de la consulta en planificación familiar conforme a las manifestaciones de las usuarias.

Haríamos sí un intercambio de opiniones con una doctora porque la doctora más que todo te entendería, como mujer y como madre ¿no? porque siempre por más señorita que sea la doctora o por más soltera que sea siempre se va a adaptar a ser madre ¿no? (Daniela).

En este sentido, la mujer usuaria reconoce hasta en el uso de la voz por parte de la mujer proveedora de salud, un instrumento para crear un ambiente de comodidad y

libertad que al facilitar la expresión de la mujer usuaria, conlleva a la comunicación fluida entre la mujer usuaria y la mujer proveedora de salud ratificado por "... La doctora te da, te brinda más confianza, más seguridad. Aparte de eso, te da estéee.... te da cabida para poder estéee.... Tú, expresar y preguntar a todas las dudas que... que tú tienes".

Este ambiente es el que facilita a que la mujer usuaria pueda manifestar hasta sus más mínimos temores con la seguridad y la confianza de que sus comentarios, sentires y/o pareceres son atendidos por la mujer proveedora de salud, porque son considerados importantes en la medida que provienen del sujeto de atención directamente involucrado, la mujer usuaria.

Y te explican detalladamente, te hacen hasta un dibujo y te explican cómo es tu ovario y tu sistema.....Entonces, ¡es más detalle!....Entonces, es un detalle de la Obstetra hacia el paciente para que puedas entender...(Sahara).

En donde la mujer usuaria no solamente es sujeto de atención respecto a su motivo de consulta en salud, sino que la mujer usuaria es sujeto de atención en cuanto a emitir una opinión propia a ser considerada, que se desvela de "... ¡Me he sentido mejor con las mujeres! Con las doctoras porque hay más confianza y ellas también te saben explicar las cosas mejor ¿no?", "Más las...en planificación...las doctoras son buenas y me escuchaban cuando yo les explicaba qué cosa tenía, qué me pasaba...Así es". Más aún, la emisión de esta opinión sobre sí misma contribuye a establecer un diagnóstico acertado con el consiguiente tratamiento específico; y además apertura la participación evidente de la mujer usuaria como agente activo de su propio proceso de salud reflejado por:

Creo que una mujer me daría ¡más oportunidad! porque creo que como mujer se sentiría más identificada con uno....con el sexo femenino y podría darme más estéee para poder yo hablar, sugerir alguna cosa (Tracy).

Asimismo, en dicho ambiente para facilitar el diálogo con el consiguiente intercambio de expresiones, sentimientos o apreciaciones, la mujer usuaria identifica distintas maneras de comunicación por parte de la mujer proveedora de salud. En las que precisamente el uso de la voz asume un rol activo, ya que origina una correspondencia saludable entre la mujer usuaria y la mujer proveedora de salud. A tal fin, si bien uno de los efectos es el poder establecer una comunicación fluida entre la mujer usuaria y la mujer proveedora de salud; en igual forma, favorece que la creatividad dentro de las capacidades y habilidades de la mujer proveedora de salud, emerja. De tal manera que produce el establecimiento de espacios en los cuales tiene a bien el poder compartir temores, dudas, inquietudes e interrogantes por parte de la mujer usuaria; para que juntas, tanto la mujer usuaria al igual que la mujer proveedora de salud, puedan dar a luz soluciones conducentes hacia el beneficio del cuerpo, la salud y la vida de la propia mujer usuaria.

Al respecto, con la finalidad de incentivar este intercambio de preocupaciones, interrogantes así como de opiniones por parte de la mujer usuaria, que dinamiza la interacción mujer usuaria con la mujer proveedora de salud; que mejora la satisfacción de atención de la mujer usuaria respecto a la mujer proveedora de salud; y que incrementa su sentido de identidad femenina que involucra a la mujer proveedora de salud y a su habilidad para la comunicación con el consecuente intercambio de opiniones; es que se pueden reconocer en la mujer proveedora de salud de los casos estudiados, en función a las experiencias de las usuarias, los siguientes aspectos que redundan en una interacción efectiva con la mujer usuaria para generar un clima de comunicación fluida que a su vez produce el intercambio de opiniones.

1. Instauración de la comunicación horizontal. La mujer proveedora de salud establece la comunicación horizontal como fundamento de toda interacción bidireccional, donde la mujer proveedora de salud está en la posición de hacer

- conocer a la mujer usuaria toda la información relativa a su salud que sea importante.
2. Uso de la comunicación horizontal. La mujer proveedora de salud aplica la comunicación horizontal como la base para la permanencia y el mantenimiento de una estrecha interacción entre la mujer usuaria y la mujer proveedora de salud, en donde la usuaria experimenta proximidad e interés por sus inquietudes, sentires y pareceres.
 3. Impulso del enfoque intercultural. La mujer proveedora de salud impulsa el enfoque intercultural en los servicios de salud sexual y salud reproductiva; porque a través de la atención diaria de las mujeres usuarias, no solamente contempla la diversidad real de la mujer peruana, sino que la propia mujer proveedora de salud por su condición de mujer forma parte de esa diversidad. Que incluye los diferentes perfiles, culturas, construcciones de género y visiones diferentes, para invitar al diálogo y al intercambio de opiniones entre la mujer usuaria y la mujer proveedora de salud.
 4. La salud de la mujer usuaria como objetivo común. La mujer proveedora de salud evidencia el mismo objetivo que la mujer usuaria, cual es la salud sexual y la salud reproductiva de la mujer usuaria; en conformidad a las metas y coberturas de atención dirigidas para todas las mujeres en edad fértil y la población en general.
 5. Determina y realiza controles regulares. La mujer proveedora de salud resalta y recalca a la mujer usuaria la realización de controles periódicos para la conservación de su salud sexual y salud reproductiva; dentro de las estrategias de información, comunicación y educación (IEC); fomentando y realizando la promoción y la prevención de la salud de la mujer usuaria, contribuyendo en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad así como su impacto en el sector salud, que involucren el cuerpo y la vida de la propia mujer usuaria.

10.5 Reciprocidad de preguntas y respuestas.

La reciprocidad, si bien puede tener una variedad de significados conforme al contexto en que se ubique; fundamentalmente está relacionada con la existencia de una correspondencia o intercambio dentro de una determinada interacción, que de una u otra forma se encuentra presente en los diferentes entornos. Más aún cuando se trata de la reciprocidad de preguntas y respuestas, ya que involucra la interacción de por lo menos dos participantes.

Al respecto, en el escenario de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, se hace de imperiosa necesidad que la reciprocidad de preguntas y respuestas se encuentre determinada por este principio de correspondencia.

Yo... con la mujer.... Ay, no sé... será porque le tengo confianza ya (Belinda).

No solamente entre la mujer proveedora de salud y la mujer usuaria, sino que en igual manera entre el hombre proveedor de salud y la mujer usuaria por lo que se refiere en:

El hombre, no. El hombre es tosco, tosco desde la manera en que habla, te saluda y te revisa ¿no? Y como que a veces te da un cierto temor de que esta persona sea un poco... por decirlo así ¿no? Mañosona ¿no? (Ana).

Esta equidad para el desarrollo de la reciprocidad de preguntas y respuestas, ya sea entre la mujer proveedora de salud con la mujer usuaria o ya sea entre el hombre proveedor de salud con la mujer usuaria, se basa precisamente en que tanto la mujer proveedora de salud al igual que el hombre proveedor de salud tienen la formación

académica y la experiencia profesional suficiente para la atención de la salud sexual y la salud reproductiva de la mujer usuaria.

En donde la reciprocidad de preguntas y respuestas es inherente a realizarse siempre y cuando el/la proveedor/a de salud establezca una interacción con la mujer, caracterizada por los aspectos antes señalados para lograr un verdadero intercambio de opiniones.

Yo pienso que es la mujer ¿no? Que más, más, más te da. Estéee, más confianza, más soltura para hablarle y contarle tus problemas que tienes (Carla).

En la que además los elementos como la confianza y la tranquilidad son indispensables para la mujer usuaria conforme a sus afirmaciones; porque esta reciprocidad de preguntas y respuestas es una de sus resultantes, entendiendo a la vez que esta reciprocidad de preguntas y respuestas se refiere a la reacción de la mujer usuaria ante la acción del hombre proveedor de salud, ante la acción de la mujer proveedora de salud.

Con una mujer. Le preguntaría, le contestaría. Ella me preguntaría, ella me contestaría ¿no? Porque realmente con la doctora nos podemos desenvolver muy bien, muy bien... ..Porque con el doctor si le contamos van a decir: "Uy, no...¡Esta es tremenda!" ¿no? (Daniela).

De ahí que a nivel de la interacción proveedor/a de salud y mujer usuaria, la realización de una verdadera reciprocidad de preguntas y respuestas está fundamentada en el principio de intercambio reflejado por:

Siempre que he ido.... Bueno, la doctora es la que te.... me da más....me da, me brinda más confianza ¿no? Me da estéee.... Eh, nos pregunta realmente ¿no? (Florencia).

Donde no es ilógico esperar que la mujer usuaria responda o reaccione de manera similar a lo que recibe por parte de la mujer proveedora de salud, por parte del hombre proveedor de salud. Esto es, delicadeza con trato amable, o hasta antipatía y oposición si lo que se le transmite es frialdad y tosquedad.

En mi caso me ha pasado que puedo comunicarme más con una mujer por lo que estéee.... Bueno, yo le pregunto y ella me contesta y así sucesivamente (Gabriela).

En este orden, si bien la reciprocidad de preguntas y respuestas está referida al intercambio literal o real de interrogantes y contestaciones, en el ámbito de la interacción proveedor/a de salud con la mujer usuaria la reciprocidad de preguntas y respuestas, es una forma de cooperación que se desvela en "Bueno, con una mujer ¿no? porque ella es la que me entiende más ¿no? Un hombre casi no sabe sobre los métodos de anticoncepción ¿no? No sabe sobre eso".

Al respecto, la mujer usuaria no solamente identifica la frialdad, la tosquedad, la vulnerabilidad a su integridad física y emocional, en la atención realizada por el hombre proveedor de salud en las expresiones "Con una doctora; se siente uno con más confianza", "Así que las mujeres, pues. Y los hombres no te escuchan..."; sino que reconoce estos aspectos en el hablar, en el saludo, en el trato, en la evaluación de su ser femenino, etc. en el propio hombre proveedor de salud. Quien transmite la imagen o se representa a sí mismo como un ser adusto, tajante y suspicaz, para la mujer usuaria.

De ahí que, resulta esperable que en el transcurso de la atención del hombre proveedor de salud, la reacción de la mujer usuaria esté caracterizada por la ausencia de confianza y de libertad para expresar en forma voluntaria y detallada hasta sus temores, dudas e

inquietudes más profundas, haciéndose inviable la comunicación fluida que ocasione una efectiva reciprocidad de preguntas y respuestas conforme a:

¡Mujer! ¿Porqué será? ¡Porque somos mujeres! ¡Entre mujeres nos entendemos! ¿no? (Sahara)

En ese sentido, si bien se ha producido la privación del intercambio esperado, no ha sido precisamente originada ni mucho menos está dentro de la preferencia de la mujer usuaria. Sin embargo, esta carencia de reciprocidad de preguntas y respuestas, en el contexto de la colaboración, va más allá de la finalidad de la atención en salud y la preferencia de la atención en salud por parte de la mujer usuaria.

¡Con una profesional mujer! He sentido más confianza en preguntarle, en decirle porque también me inspiró confianza me dio esteee.....ehhh ¡Tranquilidad! (Tracy).

La irrealización de esta reciprocidad de preguntas y respuestas repercute en la finalidad de la atención en salud; ya que la mujer usuaria se encuentra ante un hombre proveedor de salud que soslaya de manera deliberada, el que la directamente interesada construya en sus propias palabras la descripción de su proceso personal de salud, original e irreplicable, que si bien la lleva a atenderse no es “atendido” o comprendido desde la propia vivencia del ser femenino, por la condición de hombre del proveedor de salud. Más aún, ante esta acción de displicencia y de desvaloración del hombre proveedor de salud, la mujer usuaria reacciona con la dignidad de su silencio y el firme propósito de no volverse a atender con un hombre proveedor de salud. De esta manera, la mujer usuaria es atendida por un hombre proveedor de salud que al no propiciar la comunicación fluida que a su vez conlleve a la reciprocidad de preguntas y respuestas, se halla sin la instancia o el espacio apropiado para poder verter y recibir toda la información concerniente a su finalidad de atención en salud que, en igual forma contribuya para el establecimiento de un diagnóstico adecuado con el consiguiente tratamiento pertinente; sino que además, es expuesta a la minimización, aislamiento y/o exclusión de su propio proceso de atención de salud, en el que la mujer usuaria puede y debe participar en forma dinámica; constituyéndose en un agente activo de su propia atención en salud sexual y salud reproductiva.

... Siempre le he hecho a las que me han atendido ¿no? ...¡preguntas! sobre ello y me han respondido...(Vicky).

Asimismo, la inexistencia de la reciprocidad de preguntas y respuestas entre el hombre proveedor de salud y la mujer usuaria devela el hecho de que las mujeres usuarias han llegado a reconocer que en el caso de la atención por planificación familiar, casi todos los métodos anticonceptivos están dirigidos para ser aplicados en las mujeres usuarias, con la sola excepción de los preservativos masculinos. En este sentido, en el caso de la preferencia de la atención en salud, la mujer usuaria que se halla ante el hombre proveedor de salud que no le brinda el espacio para una comunicación fluida y mucho menos la reciprocidad de preguntas y respuestas, no solamente protesta con su silencio y le rechaza con el pensar dos veces en volver a atenderse con un hombre proveedor de salud; sino que realiza un proceso de validación en el hombre proveedor de salud que va desde la confirmación de su “no atención” hacia la mujer usuaria, pasa por la verificación de su “no comprensión”, la evidenciación de su “no me importa”, la tolerancia de su “forma de atención” hasta la explicación de su inhabilitación por su condición de hombre. Que conlleva a la mujer usuaria a fundamentar su preferencia de atención por la mujer proveedora de salud; porque si bien tanto el hombre proveedor de salud al igual que la mujer proveedora de salud poseen formación académica y experiencia

profesional correspondientes, la mujer profesional de salud tiene el agregado de poseer el cuerpo femenino por ser mujer al igual que la usuaria; uniendo sus conocimientos y experiencia de atención a otras mujeres usuarias, con la posibilidad de la experiencia de haber estado o poder estar en algún momento de su vida, en la misma posición de la mujer usuaria, por el sencillo pero trascendental hecho para la mujer usuaria de que la mujer proveedora de salud, es mujer al igual que la mujer usuaria.

En este orden, la mujer usuaria se identifica como beneficiaria de la empatía, del desenvolvimiento, la amabilidad, de la libertad para dejarla expresarse, de la confianza asociada a la tranquilidad en cuanto a su integridad física y emocional, en la atención realizada por la mujer proveedora de salud. Y además, se percata de estos atributos en la conversación familiar y/o amical, en la voz calmada y pausada, en el trato, en la asequibilidad para oír preguntas y responder acerca de temas muy personales, en el examen físico, etc. por parte de la propia mujer proveedora de salud; quien representa a un ser comprensivo, sociable y comunicativo, para la mujer usuaria; y quien encarna además, la confianza, que adquiere las connotaciones o los significados siguientes:

1. Significado de libertad. La atención realizada por la mujer proveedora de salud simboliza un espacio de libertad para la mujer usuaria, es el “territorio” en el que experimenta la suficiente confianza para expresarse, para contarle sus cosas, para soltar y liberar sus temores e interrogantes más inverosímiles.
2. Significado de familiaridad. La confianza está asociada a la sencillez o amicalidad del trato brindado por la mujer proveedora de salud.
3. Significado de imparcialidad. La confianza en el sentido de que la mujer usuaria puede revelar aspectos muy personales a la mujer proveedora de salud, sin riesgo de ser criticada o recibir un trato diferente.
4. Significado de tranquilidad. La confianza en la mujer proveedora de salud origina un estado de calma, serenidad o paz que es experimentado por la mujer usuaria durante su atención en salud sexual y salud reproductiva. En donde reconoce que la mujer proveedora de salud la trata con paciencia, prudencia, sin irritarse, sin prisa e inquietud para efectuar toda la atención. Al sentir tranquilidad, la mujer usuaria se siente contenta con la atención que está recibiendo. Y percibe que no solamente su cuerpo, sino que su salud y su vida, están bajo su control; al igual que todo su interior y todo lo que lo rodea, en el sentido de tener sosiego en cuanto a su integridad física y emocional.
5. Significado de seguridad. La mujer usuaria experimenta comodidad al ser atendida por la mujer proveedora de salud, en la que reconoce la capacidad de poder comprender sus sentimientos, pensamientos y/o actitudes; porque dada la condición de mujer de la proveedora de salud, existe siempre la posibilidad de que haya estado o pueda estar en una posición similar. En este sentido, la capacidad de ponerse realmente en la posición de la mujer usuaria, es atribuida a la mujer proveedora de salud; siendo la identificación de esta empatía, la que fortalece no solamente lograr la finalidad de la atención por ser profesional sino además la preferencia de atención por ser poseedora del ser femenino. La mujer proveedora de salud, al ser empática y “ponerse en la piel” de la mujer usuaria va más allá de la línea profesional; camina un paso adelante, recepciona todas las señales que la mujer usuaria está comunicando, capta emociones y reacciones, y se adecua para hacerla sentir más segura; porque entiende que es muy valioso que la mujer proveedora de salud se acomode a la mujer usuaria para darle confianza.

10.6 Oportunidad de ejercer agencia.

La mujer proveedora de salud al brindar información acerca de su salud sexual y salud reproductiva a la mujer usuaria, no solamente se circunscribe a explicaciones en términos técnicos, sino que populariza esta comunicación a través del uso de un lenguaje acorde al contexto social y/o cultural de la mujer usuaria, estableciendo una interacción que va más allá de la relación entre alguien que demanda un servicio de salud con otro alguien que realiza ese servicio de salud, que se desprende de:

Había siempre una buena comunicación, no había necesidad de sentirme insegura ni intranquila. De tal manera, que me siento mucho más ...más a gusto de poder decidir si fuese el caso, se presentara la situación, con una mujer que con un hombre (Ana).

La mujer proveedora de salud desarrolla una conexión adicional con la mujer usuaria, similar a la que se realiza entre dos seres humanos que tienen algo en común que las identifica, que las aproxima, que las iguala.

Con una doctora, doctora, que me dijo ¿no? ...Que. ... qué es lo que... con que me iba a cuidar (Belinda).

Esta imagen y semejanza que está constituida por el ser poseedoras del cuerpo femenino, favorece la comunicación amical entre la mujer proveedora de salud y la mujer usuaria por lo expuesto en:

.... Bueno, realmente por las experiencias que he tenido estéee..... con una profesional mujer eh?.... Te brinda más estéee..... ¿Cómo te digo?.... Te brinda más seguridad, aparte de eso, que te da opiniones ¿no? para que tú puedas elegir realmente (Florencia).

Y además, conlleva a experimentar el conveniente nivel de confianza en el entorno de la atención realizada por la mujer proveedora de salud.

Bueno, en este caso sería la mujer la que me da mayor libertad de escoger (Estefanía).

Que representa para la mujer usuaria, la libertad para expresar lo que siente, lo que piensa, lo que opina conforme a los comentarios “Bueno, siento más libertad con una doctora pues ¿no? por lo que pienso que es una mujer.”, “ ... me han tratado mujeres. Estéee... sí, me... me han dejado que yo misma decida con qué método ¿no? estéee.... ¡Elegir!”. En este escenario, no es de extrañar por parte de la mujer proveedora de salud, el propiciar de la aplicación de la comunicación horizontal, la presencia del intercambio de opiniones, la realización de la reciprocidad de preguntas y respuestas. Que por tanto, generen y ocasionen en la mujer usuaria, el ejercicio de la capacidad de actuar según su propia perspectiva confirmado a través de “Bueno con una mujer ¿no? porque la otra vez estéee fui a Planificación y me tocó un hombre. Y me dice: “No, tienes que ponerte la T y la T”... ¿Cómo me va a obligar él?”.

Donde este incentivar y/o lograr el ejercicio de la capacidad de actuar según su propia perspectiva en la mujer usuaria, manifestado a través de “Con una doctora, me he sentido con esa libertad de elegir porque como que te explica las cosas con más paciencia y.... ¡Al menos entiendes!....”, “¡No, no! ¡La mujer! O sea....como te digo, tú te puedes explayar más con la mujer....”; no es solamente una motivación más para que busque la atención por una mujer proveedora de salud en quien da por descontado su profesionalismo y experiencia de atención a otras mujeres en cuanto a la finalidad de atención según se refiere en “¡Con una profesional mujer! porque creo que ella te da estéee....Te brinda ¿no? estéee información y te da capacidad de que tú misma puedas elegir de repente o hablar ¿no?.... Más se siente uno ...¡Más en confianza!”; sino que de hecho, es además la consecuencia lógica por la condición femenina de la mujer proveedora de salud, respecto a la posibilidad de haber estado o poder estar en la misma posición de la mujer usuaria; y lo que representa el ser femenino para la mujer usuaria, en lo que atañe a la preferencia de atención por una mujer proveedora de salud respecto a un hombre proveedor de salud.

En este orden, el ejercicio de la capacidad de actuar según su propia perspectiva en la mujer usuaria, se constituye en un proceso mucho más profundo que ejecutar aquello que a una persona se le ocurra en cada instante. La verdadera capacidad de actuar según su propia perspectiva en la mujer usuaria, no solo es causa de la preferencia de atención por una mujer proveedora de salud; sino que en igual forma, es consecuencia de esta preferencia. En donde es posible agregar que el ejercicio de la capacidad de actuar según su propia perspectiva en la mujer usuaria, está relacionado con los significados de libertad, familiaridad, imparcialidad, tranquilidad y seguridad, atribuidos a la confianza que se encuentra representada por la mujer proveedora de salud para la mujer usuaria.

Y este ejercicio de la capacidad de actuar según su propia perspectiva en la mujer usuaria como proceso, es el que permite identificar ciertas etapas que se señalan a continuación:

1. Introducción a la elección. La mujer usuaria identifica el recrear de un adecuado ambiente durante la atención en salud sexual y salud reproductiva por parte de la mujer proveedora de salud, respecto al hombre proveedor de salud; que favorece la libre expresión en la comunicación interpersonal con la mujer usuaria; a través del trato amable, el dar confianza, estableciendo las bases para que la interacción entre la mujer usuaria y la mujer proveedora de salud se realice en un contexto de mutuo respeto y colaboración. Que no solamente facilita el proceso de comunicación en sí en condiciones de familiaridad, sino que además les transmite imparcialidad y tranquilidad durante la atención; así como la seguridad en cuanto a la confidencialidad de lo manifestado por la mujer usuaria en la atención.

La mujer proveedora de salud al permitir e incentivar la libertad de voz y opinión de la mujer usuaria, la motiva para que manifieste sus necesidades, deseos y sentimientos, al igual que sus interrogantes e inquietudes respecto a su salud en general, su salud sexual y su salud reproductiva y en planificación familiar. En ese sentido, este es el momento en el que identifica los requerimientos de la mujer usuaria y en función a ello, determina las alternativas a presentar según el caso de cada mujer usuaria.

Al respecto, a diferencia del hombre proveedor de salud, la mujer usuaria determina en la mujer proveedora de salud las habilidades siguientes:

- a) Interés por la mujer usuaria y su salud. La mujer proveedora de salud indaga por la salud de la mujer usuaria, no solamente a nivel físico y emocional sino en relación a su entorno conyugal, familiar y social. Asimismo, al averiguar por la salud sexual y la salud reproductiva de la mujer usuaria, aborda su situación en planificación familiar. Y en igual forma, cuando la mujer usuaria expresa sus intenciones reproductivas, el comportamiento de la pareja, las experiencias previas propias y/o ajenas con determinados métodos anticonceptivos; cuadros clínicos, tratamientos, etc. e incluso la exposición y/o vivencia previa o actual de violencia basada en género.
- b) Realiza la prestación de salud con atención y empatía. La mujer usuaria distingue a la mujer proveedora de salud del hombre proveedor de salud, en el hecho de que por lo general es la mujer proveedora de salud quien le proporciona el escuchar atento a todo lo que la mujer usuaria expresa por más trivial que pueda parecer. Esta atención es fácil de corroborar por la mujer usuaria a través del contacto visual; de la adecuación al contexto socio cultural de la mujer usuaria al momento de esclarecer sus dudas e inquietudes, y de dar las explicaciones del caso mediante un lenguaje sencillo, amical, e incluso matizado con frases de índole popular para hacerse comprender por la mujer usuaria. Asimismo, por el uso de expresiones o interrogantes que denotan una invitación a hacer uso de su

opinión o parecer: “¿Alguna duda? ¿algo más que quisiera saber Ud.?” Y el lenguaje corporal, que dan lugar y enriquecen un vínculo de identidad de género o de grupo de referencia, cual es el ser poseedor del ser femenino. En este orden, la mujer usuaria ha legitimado y acreditado la empatía en la mujer proveedora de salud, mientras que en el caso del hombre proveedor de salud le resulta inverosímil. No solamente por la no posesión del ser femenino, sino que precisamente por su condición masculina que responde a las relaciones de género del orden social vigente, dicha condición resulta preeminente junto a su posición como profesional de salud; reproduciendo en el ámbito público de los servicios de salud, un trato de minimización, de exclusión o de negación de toda manifestación o participación de opinión y autodeterminación por parte de la mujer usuaria. Donde no siempre, la actitud y el manejo profesional del hombre proveedor de salud están exentos de reflejar imposición, transmitir temor e incluso agresión por el autoritarismo masculino que la mujer usuaria reconoce dentro de la resistencia o negación del hombre proveedor de salud a comunicarse, a establecer una interacción horizontal, a ser vulnerables al cuestionamiento.

Más bien, la mujer usuaria fundamenta y acredita la empatía de la mujer proveedora de salud, en el sencillo pero representativo hecho de que la mujer proveedora de salud es mujer al igual que la mujer usuaria; estableciéndose una identificación de género que aunada a la formación académica y experiencia asistencial como profesional, se encuentra dinamizada y actualizada por la capacidad inherente a ser poseedora del cuerpo femenino y de los mismos órganos reproductores que la mujer usuaria, en el hecho de haber podido estar o de poder estar alguna vez en la misma situación, exposición o vulnerabilidad de la mujer usuaria. De ahí que la mujer proveedora de salud represente para la mujer usuaria no solo la solvencia profesional; avalada por años de estudios y posicionada por el tiempo en el ejercicio profesional; lograda, y bajo el control de una mujer con respecto a un hombre proveedor de salud; sino que esta solvencia y posicionamiento de la mujer proveedora de salud ante la mujer usuaria, se encuentran precisamente validados por la inobjetable realidad de que es mujer, y como tal sí puede colocarse en la “piel” de la mujer usuaria a diferencia del hombre proveedor de salud; con el consiguiente resultado de que la atención por la mujer proveedora de salud resulta creíble y aceptable para la mujer usuaria, no solamente desde lo académico profesional; sino que a la vez, la atención por la mujer proveedora de salud está enriquecida y diversificada hasta por lo experiencial, esto es, la vivencia del ser femenino por ser mujer.

- c) Absuelve dudas y explica en forma reiterada. La mujer proveedora de salud dedica tiempo a despejar mitos y temores, responde preguntas, intercambia impresiones y transmite información hasta comprobar la comprensión de todo lo expuesto por parte de la mujer usuaria.
2. Identificación de la elección. La mujer proveedora de salud le brinda a la mujer usuaria toda la información pertinente que corresponde a la previa identificación de los requerimientos expresados por la propia mujer usuaria, que fueron reconocidos por la mujer proveedora de salud durante la introducción a la elección. En esta etapa, la mujer usuaria recibe el conocimiento suficiente sobre determinado método anticonceptivo, entidad clínica, tratamiento, etc., así como las ventajas y desventajas de cada uno de ellos. Es una fase relevante para el ejercicio de la toma de decisiones informada por parte de la mujer usuaria, y de crucial importancia en el desenvolvimiento de la mujer proveedora de salud; ya que al haber diagnosticado adecuadamente las necesidades así como el motivo de consulta de la mujer usuaria, realiza todo este proceso en la mujer usuaria,

de manera que propugna la capacidad de actuar según su propia perspectiva. En donde los procesos de pensamiento, análisis y decisión son fomentados en la usuaria, previo fortalecimiento por la información recibida con solvencia profesional y experiencial dada la condición femenina de la mujer proveedora de salud; traducidas en la atención atenta y con empatía, de tal modo que ocasione el empoderamiento en la mujer usuaria para ejercer su propia perspectiva, cual agente activo de su propio desarrollo como ser humano; que determina, construye, decide y beneficia a favor de su propio cuerpo, su salud, su vida.

3. Ejercicio de la elección. Este empoderamiento de la mujer usuaria promovido por la mujer proveedora de salud, si bien está en relación a un proceso por el cual la mujer usuaria adquiere mayor protagonismo y entereza espiritual, política, social o económica a nivel de su entorno privado al igual que en el contexto público, es el que le sirve para propulsar transformaciones verdaderas de las situaciones en que vive; es decir, implica en la mujer usuaria, el desarrollo de una confianza en sus propias capacidades y acciones.

De ahí que la capacidad de actuar según su propia perspectiva en libertad, es una congratulación personal para la mujer usuaria; que va más allá del querer agradar al cónyuge, a la familia, a la colectividad en la que vive; e incluso del enfrentar la desaprobación de aquellos más allegados, ya sea en el ámbito privado al igual que en el ámbito público, que va desde el entorno personal hasta el contexto institucional, representado por el hogar, la comunidad, la sociedad en la que vive. Esta congratulación de la capacidad de actuar personal según su propia perspectiva en libertad es, en igual forma, el desarrollo de la agencia (Yon, 2000), fundamentada en la autoestima femenina. Es decir, la mujer usuaria es una mujer con agencia personal cuando al estar ante un hombre proveedor de salud o frente a una mujer proveedora de salud, de igual manera permanece más firme en sus decisiones.

Donde la capacidad de actuar según su propia perspectiva, es lograda por la mujer usuaria cuando recorre desde la inacción hasta la libre interacción propiciada por la mujer proveedora de salud; transitando por la expresión particular y la acción personal; asumiendo ésta ulterior posición. Al respecto, la mujer usuaria “agencia” su empoderamiento, llegando a tener no solamente un simple manejo sino el ejercicio completo de sus preferencias, elecciones y/o acciones, control propio, alta autoestima, libertad y seguridad para su persona, etc., sino que, en definitiva, obtiene la posesión del poder para decidir sobre su cuerpo, su salud, su vida.

Sin embargo, la mujer usuaria reconoce que esta agencia que le otorga el tener poder para decidir, ha sido generada e incentivada por la mujer proveedora de salud al darle libertad y confianza durante la realización de la atención de salud en general, salud sexual y salud reproductiva y/o en planificación familiar, a diferencia de la atención por parte del hombre proveedor de salud.

Al respecto, el proceso de adquirir agencia en la mujer usuaria, se constituye cual resultante de la interacción mujer proveedora de salud con la mujer usuaria en la cual se han promovido y originado por parte de la mujer proveedora de salud en la mujer usuaria, las capacidades siguientes: Acceder a la información pertinente y los recursos adecuados para tomar una decisión apropiada; tener una variedad significativa de alternativas para elegir; asumir una actitud optimista con la voluntad y la destreza para hacer modificaciones que eleven su calidad de vida; deseo de aprender más sobre su salud para mejorar su propia vida, de pareja, familiar y social; fortalecer su autoestima, su auto respeto y autodeterminación ante sí misma y los demás en los diferentes entornos en que se desenvuelve; tener poder de decisión personal.

De ahí que el ejercicio de la elección en los servicios de salud, sea una expresión más de la agencia de la mujer usuaria para su empoderamiento personal ya que es un proceso a través del cual la mujer usuaria adquiere un control importante

sobre sus decisiones y sus acciones que impactan en su cuerpo, su salud y su vida. Más aún, la mujer usuaria puede llegar a agenciar, no solamente el empoderamiento para la salud personal; sino que a la vez, el empoderamiento para la salud de la comunidad en que vive.

Donde el empoderamiento para la salud personal está en relación a las capacidades del ser humano para asumir y ejecutar decisiones así como un ejercicio real del control sobre su vida particular. Mientras que el empoderamiento para la salud de la comunidad en que vive, involucra que mujeres y hombres en general actúen conjuntamente a efectos de agenciar una significativa conducción e intervención en los niveles de salud y la calidad de vida de su comunidad.

10.7 Toma de decisiones.

Poder de decidir sobre su:

10.7.1 Cuerpo.

Cuando la mujer usuaria se refiere a la mujer proveedora de salud en relación a que es mujer al igual que la mujer usuaria, la mujer usuaria está manifestando en estos términos lo que la mujer proveedora de salud representa para la propia mujer usuaria, el ser poseedora del cuerpo femenino expuesto por "Con una mujer.. ... La decisión es mía ¿no? Eh! Me ha tocado ese caso... con el hombre, con el doctor, pero... lógicamente yo no acepté,... ..Pero al final, yo soy la ...¡Quién decido! ¡Es mi cuerpo! ¿no?". En donde, si bien la condición de ser mujer involucra en forma inmediata la identidad femenina, de manera similar alude al sentido de propiedad del cuerpo de la mujer, por parte de la mujer usuaria. Es decir, la mujer usuaria al determinar que la mujer proveedora de salud posee el mismo cuerpo femenino a través de "¡Yo no... no digo que no es un profesional! Sino la doctora.... más que todo que... ¡Somos mujeres! Y la confianza que tenemos", no solamente realiza un proceso de identificación mediante la mujer proveedora de salud por su semejanza, sino que a través de ella está "re conociendo" a la vez que la propia mujer usuaria es posesionaria del cuerpo femenino.

Con la mujer... y me ha explicado y me ha dado el conocimiento de saber qué es lo que me afecta o qué es lo que me va a pasar ¿no? (Estefanía).

En ese orden, la mujer usuaria al hablar del cuerpo femenino, de su cuerpo femenino, está expresando los sentimientos, las percepciones, las opiniones, las decisiones que le corresponden por ser poseedora del cuerpo femenino

Con una especialista mujer ¿porqué? ... Porque estéee me explica como te dije los pro y los contra de cada método y sobre todo estéee.... las reacciones que pueda tener para mi cuerpo (Florencia)

Por tanto, la mujer usuaria está consciente de sus atribuciones y de su propio poder cual ser humano sobre su pertenencia corporal. (Butler, 1997), cuyo ejercicio regular en el diario vivir representa un permanente posicionamiento de la agencia femenina (Yon, 2000).

... más confianza con una mujer y como más me he atendido con mujeres también estéee ¿no? de decirle lo que.... lo que pienso y de decidir lo que me va bien o me va mal (Gabriela).

No solamente en el ámbito privado sino que de igual forma en el ámbito público; siendo el sistema de servicios de salud a nivel de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, uno de los entornos en que la mujer usuaria experimenta y define el hecho de que por lo general, el cuerpo femenino es tratado cual territorio de poder durante la atención por un hombre proveedor de salud.

Sin embargo, si bien este cuerpo femenino es el área en el que discurre el poder masculino¹⁹, evidenciado en la realización de la exploración física cuando la mujer usuaria es atendida por un hombre proveedor de salud. Es además, la zona simbólica que integra lo personal y lo general, lo privado y lo público. Es la génesis de la representación y la edificación de la identidad femenina de la mujer usuaria con la mujer proveedora de salud, cuando la mujer usuaria es atendida por la mujer proveedora de salud. Más aún, es el ejercicio de esta identidad femenina en uno de los diferentes escenarios regulados por las relaciones de género y políticas poblacionales en que se desenvuelve la mujer usuaria, cual es el sector salud, en la consulta externa de planificación familiar.

Sí. Ella, ella me dijo: "A ver tú piensa, yo no te obligo sino a ver. Vé si te conviene pues. Si ves que te sientes bien ya te cuidas con eso pero si ves que te sientes mal, tienes alguna reacción, vuelves. Entonces ya vemos qué método te puedes poner (Helena).

No resulta ilógico pues que existan mujeres que prefieren atenderse con mujeres, en concordancia con esta identidad femenina ("es mujer como una"); pues aunado al hecho de que la mujer proveedora de salud es tan igual de profesional que el hombre proveedor de salud, la mujer usuaria reconoce en la mujer proveedora de salud la facultad de dar libertad y confianza asociadas al hecho de ser mujer en las expresiones:

Bueno en mi caso con una mujer....¿Porqué? Porque.... (pensativa, en silencio) me entiende bastante ¿no? Y me da la elección a la que yo quiero ¿no? (Irma).

Que favorece el poder de decidir, y genera el ejercicio de este poder de decidir sobre su cuerpo por parte de la mujer usuaria reiterado por:

Estéee con una doctora. ¿Porqué? Porque te explica mejor las cosas y las.... Una las entiende y tiene la.... La decisión de poder la..... ¿Cómo te digo?..... La.... Poder decidir con qué método te vas a cuidar (Jessica).

Al respecto, la mujer usuaria señala que durante la atención realizada por la mujer proveedora de salud a diferencia de la atención dada por el hombre proveedor de salud, la mujer proveedora de salud no solamente indaga acerca de la salud sexual y la salud reproductiva.

¡Con una mujer! Puedo decidir con una mujer por lo mismo que es mujer y que ¿no? ¡Me sentiría más en confianza! (Tracy)

Asimismo, realiza un escuchar atento, entabla conversación, da la información del caso y realiza recomendaciones e indicaciones en forma personalizada. Despeja mitos y creencias, brinda información detallada con un lenguaje sencillo de entender, explicita las ventajas y desventajas de cada caso. Por tanto, para la mujer usuaria, la mujer proveedora de salud muchas veces explica mejor las cosas que el hombre proveedor de salud. Además, establece y realiza controles periódicos para la detección precoz y/o el seguimiento de entidades clínicas patológicas, contribuyendo al descenso de las tasas de morbilidad y mortalidad de las mujeres en edad fértil, de la población materna e infantil.

Sin embargo, la mujer proveedora de salud ofrece un valor agregado más para la mujer usuaria. En general, la mujer proveedora de salud no impone las cosas a la mujer usuaria en comparación con el hombre proveedor de salud. Más bien, la mujer proveedora de salud incentiva la capacidad de preferir y da la oportunidad de elegir a la mujer usuaria, con el resultado consecuente de que es la propia mujer usuaria quien toma las decisiones correspondientes a su cuerpo.

¹⁹Ávila Fuenmayor, 2006.

En este orden, el conocimiento y la experiencia del cuerpo femenino por parte de la mujer usuaria a través de la mujer proveedora de salud, están relacionados con el territorio corporal de la conformación de la mujer asociado a la experiencia personal del ser femenino, del vivir el cuerpo femenino. De ahí que, si bien en alguna situación el cuerpo femenino puede evitar determinada forma de imposición, de igual manera es la zona de denuncia, de valoración, de respuestas y propuestas. En este caso, del libre ejercicio del poder de decidir sobre su cuerpo por parte de la mujer usuaria.

Donde la agencia de la mujer usuaria implica una manera de vivir, que se diversifica, transforma, enriquece y pluraliza en múltiples reacciones y respuestas ante la sociedad patriarcal vigente personificada por la condición de hombre, el trato tosco y la restricción masculina cuando es atendida por el hombre proveedor de salud. Mientras que cuando es atendida por la mujer proveedora de salud, encuentra el espacio y la circunstancia para la libertad de ejercer el poder de decidir sobre su cuerpo, en un acto de autonomía y de autodeterminación que le otorga un rol activo y protagónico para realizar el control de su capacidad reproductiva y de su sexualidad; que vislumbra a su vez, el fundamento del poder de decidir sobre su salud personal y sobre su propia vida.

10.7.2 Salud.

La mujer usuaria de los servicios de salud sexual y salud reproductiva que acude a la consulta externa de planificación familiar, ha identificado que la mujer proveedora de salud a diferencia del hombre proveedor de salud, no impone sus apreciaciones e indicaciones sobre la salud de la mujer usuaria que se desprende de “Y, simplemente le dije que no, porque no estaba de acuerdo y ...¡no lo hice! No, es... por más que él se amargó y todo eso....no, no, no... No me interesó... ...Y en una mujer no... ...Me dio la oportunidad de decidir yo y decidí”. Más bien expresa delicadeza, minuciosidad, aprecio, empatía, profesionalismo y trato humano por lo que se refiere en “Ella me dijo: “¿Sabes qué hijita? Yo no te puedo revisar porque tus partes están bien hinchadas, estás bien inflamada. Y si te voy a examinar, te voy a hacer doler –me dijo-”.

Al respecto, la mujer proveedora de salud proporciona información detallada sobre el motivo de consulta, demostrando disposición y tranquilidad al exponer los contenidos relacionados; como por ejemplo, los mecanismos de acción en el caso de los métodos anticonceptivos, la realización del test de Papanicolaou, los factores de riesgo para adquirir una infección de transmisión sexual, etc. Explica las ventajas y desventajas, los efectos posteriores y las posibilidades de alguna reacción, según sea el caso.

Con la mujer, porque ellas fueron las que me explicaron un poquito acerca de.... de los métodos que existen y cuál es lo más adecuado (Estefanía).

En este orden, la mujer usuaria que asiste a la consulta externa de planificación familiar, refiere que una mujer proveedora de salud en comparación a un hombre proveedor de salud, brinda mayor información acerca de los métodos anticonceptivos; sobre sus beneficios y sus contraindicaciones, así como sobre los métodos anticonceptivos más adecuados para cada mujer usuaria, revelado por:

Y si el doctor me dice: “No, tienes que tomar éstas”. Yo le... Le digo que no por.... por el motivo que.... que ya he tenido experiencia y no me cae bien. Y si no me da otra alternativa entonces busco a otro profesional que, que me dé mayor entendimiento (Gabriela).

Que conlleva al empoderamiento de la mujer usuaria para una toma de decisiones informada que redunde en el bienestar y la preservación de la salud de la mujer usuaria reconocido en “¡Ah ya! ¡Con una mujer! porque una mujer me explicó esteeeee cómo....Qué tipos de métodos hay y.. ...Y pude decidir esteeeee que.....qué tipo me convenía”.

Donde, la toma de decisiones informada, está en relación a la opción de tomar lo que más le conviene por la mujer usuaria.

Sí, me preguntaron estéee... “¿Con qué método te estás cuidando?” Si... “¿Te va bien o te va mal?”...O si “¿Tienes alguna molestia?” “¿Podemos cambiar de método?” (Helena).

Y esta acción no solamente involucra al entender de la mujer usuaria que tiene acceso a toda la información otorgada por la mujer proveedora de salud, sino que a la vez incorpora e integra los saberes o las experiencias propias o ajenas que lleva consigo la mujer usuaria reflejado por:

Bueno en caso de salud estéee.... porque yo usé las ampollas y me engordó tanto que tuve que cambiar a las pastillas ¿no?... ... (¿Quién la atendió?) Con una mujer (Irma).

De ahí que cuando la mujer usuaria manifiesta que la mujer proveedora de salud respecto al hombre proveedor de salud es quien sí le otorga la oportunidad de decidir, ratificado por “Con una doctora.... porque..... estéee..... Me.... me dijo las alternativas que debía de..... que iba a tener yo en elegir los anticonceptivos correctos ¿no?”, está afirmando que durante la atención por la mujer proveedora de salud se le reconoce el ejercicio de la libertad de decisión. Más aún, se legitima el uso de la agencia de la mujer usuaria para la decisión personal, por el bien y para el bien de su propia salud.

Además, esta mayor libertad de decisión con la mujer proveedora de salud está plenamente justificada por la propia mujer usuaria en la afirmación:

Decidir.... con una doctora porque realmente la doctora es la que me puede aconsejar, me puede decir qué es lo que tengo que hacer, qué es lo que no puedo hacer (Daniela).

Pues si se trata de lograr tanto la finalidad de atención en salud al igual que la preferencia de atención en salud, ambos beneficios son encontrados en la mujer proveedora de salud por parte de la mujer usuaria; ya que la mujer usuaria aún la solvencia de atención de la profesional mujer con la libertad y la confianza asociadas a su condición de mujer profesional constatado en “¡Con una Obstetra!...Porque me da la elección pues. Ella me recom.....ella me indica, me recomienda.....pero yo soy la que elijo con cuál de los métodos....¡con cuál quedarme!”, para expresar su motivo de consulta al igual que recibir información e indicaciones pertinentes a su salud sexual y salud reproductiva.

¡Claro! Dentro de la información que ellas....Claro, ya sería cosa de mí...Yo, si yo decido ponerme un método ¿no? (Marie).

De ahí que la mujer usuaria no solamente refiere que la mujer proveedora de salud ofrece el escuchar atento; sino que de igual manera, expresa un sincero interés por lo que puede manifestar la mujer usuaria durante la consulta. Al respecto, la mujer usuaria ha identificado que por lo general la mujer proveedora de salud a diferencia del hombre proveedor de salud, no simplemente se circunscribe a prescribir algún medicamento o método anticonceptivo; sino que para la mujer proveedora de salud, las experiencias de vida propias y ajenas en relación al motivo de consulta que trae y expone la mujer usuaria resultan importantes; pues son consideradas e incorporadas en la determinación de mejores diagnóstico y tratamiento en aras de elevar la salud sexual y la salud reproductiva de la propia mujer usuaria.

Si bien la mujer usuaria manifiesta que en alguna ocasión, en el caso de tener un motivo de consulta, acude a un establecimiento de salud para ser atendida por la mujer proveedora de salud al igual que por el hombre proveedor de salud; no es menos cierto el hecho de que la inexistencia del escuchar atento, a la par de la ausencia de consideración de las experiencias previas propias o ajenas de la mujer usuaria que pudiesen comprometer la salud de la mujer usuaria; por parte del hombre proveedor de

salud a diferencia de la mujer proveedora de salud; influyen en la preferencia de la mujer usuaria para ser atendida por la mujer proveedora de salud, pues se trata precisamente de la seguridad y la integridad de la salud sexual y la salud reproductiva de la mujer usuaria, directamente involucradas en la disminución de las tasas de morbilidad de las mujeres en edad fértil, materna e infantil.

De ahí que, la agencia de la mujer usuaria ha llegado a desarrollar el reconocimiento de establecimientos de salud donde los servicios de salud sexual y salud reproductiva son atendidos en forma mayoritaria por mujeres proveedoras de salud. Al respecto, la mujer usuaria en relación a su finalidad de atención al igual que a su preferencia de atención por una mujer proveedora de salud, mide y evalúa la existencia de posibilidades de poder conseguir ambos aspectos; no solamente por erigirse en el libre ejercicio de su elección personal sino en el hecho trascendental que se refiere a un acto de autonomía y autodeterminación cual es el poder de decidir sobre la atención de su propia salud, de su salud sexual y salud reproductiva.

De esta forma, la mujer usuaria al asegurar su atención por una mujer proveedora de salud, desvela la aplicación de la agencia femenina para obtener sus requerimientos más sinceros en salud, casi siempre soterrados por la organización patriarcal vigente representada en este caso por el sistema de servicios de salud. Y además denota la ejecución de su poder de decisión en aspectos tan trascendentales para la mujer usuaria, cuales son la sexualidad y la reproducción; cual resultante de la atención brindada por la mujer proveedora de salud que al incentivar la toma de decisiones informada en la mujer usuaria, favorece en la mujer usuaria el uso de su raciocinio y análisis para llegar a una elección que se traduce en el libre ejercicio del poder de decidir sobre su salud, que contribuya a mejorar y elevar los estándares de la salud sexual y la salud reproductiva de la sociedad actual.

10.7.3 Vida.

La mujer usuaria experimenta mayor libertad de decisión sobre su vida con una mujer proveedora de salud, quien al transmitir comprensión y entendimiento durante la atención, genera un entorno de libertad y confianza que permite una mayor participación de la mujer usuaria para tomar una decisión, desvelado por “Más fácil... con una mujer, creo yo. Porque simplemente ella me entendió ¿no? No me puso trabas ¿no? No me puso el porqué. No me impidió”.

En la atención por la mujer proveedora de salud, a diferencia de la atención con el hombre proveedor de salud por lo que se refiere en: “Pero de todas las experiencias que he tenido, siempre ha sido más la mujer ¿no? La mujer más, más, más dócil, más suave para explicarte todo ¿no?”, hay ausencia de restricciones para expresarse libremente; la mujer usuaria puede manifestar sus preferencias, realizar sus propias decisiones y emitir sus elecciones. Al dar lugar a una comunicación horizontal, la mujer proveedora de salud llega a establecer una interacción activa con la mujer usuaria, exenta de condicionamientos y/o cuestionamientos, fomentando el poder de decidir por sí misma en la mujer usuaria.

¡Ah, claro!, ¡Las mujeres, pues!... ¿Porqué? Porque tú les preguntas y te dicen... Pero mientras que el doctor “Pero... ¡Mmm!” “Pero... ¡No te toca tu cita!” O “¡Eso es así!” “¿Para eso nomás sacas consulta?” “¡Para eso ¿me haces perder el tiempo?! ” ¡Así pasa! (Olivia).

Este entorno de libertad y confianza, es el que conlleva en la mujer usuaria no solamente a una intervención más evidente durante la atención por la mujer proveedora de salud, según la expresión:

Bueno, con una mujer ¿no?... ¿Porqué? Porque me brinda libertad y me puedo expresar mejor así con ella ¿no? (Ima).

A la vez origina en la mujer usuaria un sentimiento de auto satisfacción, de congratulación particular, de sentirse bien consigo misma por haber preferido atenderse con una mujer proveedora de salud que se refleja en "Con profesional mujer. ...Eeh...porque.....Bueno, la profesional mujer eh....Te indica, te orienta ¿no?...Te dice esteeee....Bueno, no.....Y bueno....La que decide... ¡pues es uno!". Más aún, este efecto es potenciado cuando se ve ampliamente confirmado por la mujer usuaria; en el hecho de que la mujer proveedora de salud demuestra coherencia en un proceso que va desde el incentivarla, informarla, hasta el darle la oportunidad real del libre ejercicio del poder de decidir sobre su vida; a través de la elección de un método anticonceptivo.

De ahí que si bien alguna mujer proveedora de salud puede ser más enfática que otra al motivar e informar a la mujer usuaria conforme a las declaraciones "Estéeee.... con una doctora ¿no? porque eeh.... Me está..... Me está explicando cómo van a influir éstos métodos con mi vida, con mi esposo ¿no? y en mi hogar", "Sí. (Mujer profesional de salud)...De que yo decido qué hacer con mi vida, con mi salud". En general, la mujer proveedora de salud ha demostrado ser mucho más tratable y amigable que el hombre proveedor de salud durante su atención, corroborado en "(Por la mujer proveedora de salud)...con respecto a tu vida, una ya tiene un método y qué método usar en planificación familiar para mi proyecto de vida".

De igual forma, la mujer proveedora de salud no solamente crea el espacio para que la mujer usuaria ejerce y ejecute libremente el poder de decidir sobre su vida a través de la adherencia a un método anticonceptivo determinado; sino que mediante este acceso a la preferencia de atención integrada a la finalidad de atención; ambas logradas por la mujer usuaria, donde la atención por la mujer proveedora de salud representa el logro de estos dos beneficios para la mujer usuaria; ocasiona en la mujer usuaria una afirmación de su autodeterminación, su autonomía y de su propio poder para concretarlo; esto es, la agencia. Por tanto, la agencia de la mujer usuaria, es a la vez el origen y la resultante de una manifestación de su autoestima y autovaloración femeninas ante el control masculino de una sociedad patriarcal, representada por el ego profesional del hombre proveedor de salud.

Asimismo, la comunicación horizontal originada por parte de la mujer proveedora de salud, favorece dentro de la interacción activa con la mujer usuaria no solamente la identificación con un grupo de referencia o su identidad femenina; sino que, si bien la mujer usuaria reconoce que se siente en una mayor confianza asociada al significado de libertad con la mujer proveedora de salud respecto al hombre proveedor de salud; es precisamente esta diferenciación la que conlleva al desarrollo de la confianza y la libertad en la relación, que generalmente se suscitan entre pares. Donde la representatividad y la legitimidad de sus preferencias, de sus decisiones y de sus elecciones en salud sexual y salud reproductiva quedan avaladas en la atención realizada por la mujer proveedora de salud y por la propia mujer proveedora de salud en la consulta externa de planificación familiar.

Esta mayor confianza con la mujer proveedora de salud, es la que permitirá a la mujer usuaria proporcionarle toda la información concerniente a su motivo de consulta así como las circunstancias que puedan estar en conexión, admitiendo la mujer usuaria su rol de cogestora de su propio proceso de salud. Pues si bien la mujer proveedora de salud es a quien le corresponde determinar el diagnóstico y tratamiento pertinentes, es imprescindible para ello tener acceso a información de primer orden y detallada que únicamente la mujer usuaria puede comunicar. Sin embargo, la mujer usuaria por haber desarrollado mayor confianza en la mujer proveedora de salud; es a esta mujer proveedora de salud, a diferencia del hombre proveedor de salud, a quien sí brinda

mayor información relevante y detallada para su salud sexual y salud reproductiva; que influye directamente en el diagnóstico y tratamiento de su motivo de consulta, y a la vez, en su calidad de vida.

La mujer usuaria al darse cuenta de que no solamente es escuchada atentamente sino que en consecuencia, la información proporcionada es considerada y apreciada para el mejor diagnóstico y tratamiento de su motivo de consulta, experimenta una valoración tanto de sus palabras como de sus vivencias por la mujer proveedora de salud, cuya condición de mujer similar a la condición de mujer de la mujer usuaria, produce en la mujer usuaria su propia autovaloración. Pues para la mujer usuaria, si una mujer igual a la mujer usuaria en cuanto a la condición femenina; más aún, una mujer proveedora de salud, es capaz de dar valor y reconocer importancia a los saberes y experiencias de otra mujer, en este caso la mujer usuaria; da por consiguiente que la propia mujer usuaria no solamente se auto valore, sino que se revele ante sí misma en relación a los demás, como un ser humano que por su condición femenina igualmente es sujeto de atención; fundamentado en el hecho de ser poseedora inherente de facultades y atribuciones.

Donde si bien esta valoración personal de la propia mujer usuaria es una valoración particular generada y develada en la mujer usuaria; es la resultante de la:

1. Atención en planificación familiar por una mujer proveedora de salud. La atención en planificación familiar que se realiza en un escenario libre de condicionamientos y cuestionamientos, en general a cargo de una mujer proveedora de salud; de por sí incentiva y desarrolla el poder de decidir por sí misma en la mujer usuaria.
2. Agencia femenina. La mujer usuaria, como todo ser humano posee las facultades y atribuciones para desenvolverse y participar ante un determinado estado de cosas, en un entorno socio cultural dado conforme a su personal visión de una situación. De ahí que en la consulta externa de planificación familiar, esta agencia femenina es la que precisamente conlleva a la mujer usuaria a fortalecer y enriquecer la horizontalidad de la interacción brindada por la mujer proveedora de salud; a participar activamente en la elaboración del diagnóstico e indirectamente del tratamiento de su motivo de consulta, proporcionando antecedentes, saberes y experiencias en forma directa; a ser protagonista, de sus propias decisiones y elecciones en métodos anticonceptivos, empoderada por la información pertinente recibida; y por tanto, a ejercer el poder de decidir sobre su propia vida.

Este poder de decidir sobre su propia vida, que si bien a la mujer usuaria como todo ser humano le corresponde poseer y ejecutar; es precisamente en la atención por la mujer proveedora de salud donde encuentra el espacio para el propio reconocimiento de tenencia por la mujer usuaria, y de igual manera, la oportunidad para ejercerlo. Donde, la mujer usuaria identifica esta tenencia de poder, a través del hecho de constituirse en depositaria de la información pertinente recibida de la mujer proveedora de salud; pues sería ilógico suponer que la mujer proveedora de salud proporcione la misma información a mujer usuaria alguna que con determinada limitación o discapacidad se encuentre sin la tenencia de este poder.

Además, la oportunidad de ejercer este poder de decidir sobre su vida durante la atención por la mujer proveedora de salud, se halla en relación directa con la agencia femenina. La mujer usuaria al acceder dentro de un entorno en el que puede expresarse libremente, se desenvuelve en una interacción más equitativa con la mujer proveedora de salud respecto al hombre proveedor de salud; manifiesta información detallada y relevante acerca de su motivo de consulta; es la protagonista en forma directa e indirecta

de la construcción y preservación de su salud sexual y salud reproductiva mediante la atención en planificación familiar. Más aún, al efectuar estos procesos evidencia el uso y la aplicación de sus facultades y atribuciones que como a todo ser humano les son inherentes, que debido a su agencia personal le permiten realizar preferencias, decisiones y elecciones con los efectos más convenientes para su propia vida.

De ahí que el ejercicio de esta agencia personal de la mujer usuaria, desencadenado por la mujer proveedora de salud, es el que no solamente reconfigura la interacción entre la mujer usuaria con la mujer proveedora de salud, a diferencia del hombre proveedor de salud; sino que además ofrece y confirma la existencia de una alternativa adicional de interacción dentro de la atención en salud sexual y salud reproductiva, basada en las representaciones sociales sobre la mujer proveedora de salud, y el hombre proveedor de salud que tiene la mujer usuaria. Donde la agencia al reestructurar las relaciones de atención entre la mujer usuaria y el hombre/la mujer proveedor/a de salud, es la que favorece no solamente la identificación de relaciones de poder entre proveedor/a y usuaria; sino que conlleva hacia el establecimiento de una relación de atención, en donde la distribución del poder se da realmente en forma equitativa y de corresponsabilidad; cual es el caso de la atención en planificación familiar de una mujer usuaria, por una mujer proveedora de salud, como expresión de porqué hay mujeres que se atienden con mujeres.

Sin embargo, esta relación de atención en que la mujer usuaria es quien toma las decisiones, involucra a la vez la participación de la mujer proveedora de salud; quien asesora a la mujer usuaria a que considere y realice las decisiones más beneficiosas para sus demandas y requerimientos. Al respecto, la mujer proveedora de salud no solamente realiza el escuchar atento en sí, sino que a través de dicho escuchar atento va a ir determinando las necesidades de la mujer usuaria, así como las acciones apropiadas a fin de resolverlas. Además, la mujer proveedora de salud responde a todo lo que la mujer usuaria manifiesta, interroga y solicita. De este modo, la agencia le permite a la mujer usuaria ser ella misma quien realice la elección de su método anticonceptivo porque ha transitado todo el proceso desde la atención atenta y amigable, la información pertinente y la oportunidad de ejercer su poder de decidir, incluso sobre su propia vida.

Este poder de decidir sobre su propia vida que a través de la elección de un método anticonceptivo, cual hecho habitual en los servicios de salud sexual y salud reproductiva, es el que le permite a la mujer usuaria aplicar la agencia femenina cuando quien la atiende es una mujer proveedora de salud; pues hace uso de su capacidad y disposición para pensar, decidir y elegir, al actuar de manera autónoma e independiente. En este orden, la agencia de la mujer usuaria se manifiesta en los actos concretos siguientes.

1. Realización de la finalidad de la atención, por haber elegido un método anticonceptivo determinado.
2. Ejecución de la preferencia de atención, al ser atendida por una mujer proveedora de salud.
3. Empoderamiento en la toma de decisiones, ya que se constituye en un acto de autonomía y autodeterminación.

De esta manera, la agencia de la mujer usuaria no solamente es incentivada por la mujer proveedora de salud, sino que encuentra un entorno favorable y oportuno para revelarse durante la atención por la mujer proveedora de salud, en contraste a la atención por el hombre proveedor de salud. Donde el entorno favorable y oportuno que encuentra la mujer usuaria para ejercer la agencia, está representado por la libertad asociada a la

confianza que experimenta en la atención por la mujer proveedora de salud. Que le permiten reencontrarse con su propia autoestima, desvelar la confianza en sí misma, aceptar la responsabilidad de su propia persona, asumir el control de su propia vida.

En este orden, la agencia de la mujer usuaria la conduce a entrar en un contexto de legitimidad, dado que la mujer usuaria al actuar con autonomía y autodeterminación, está haciendo ejercicio de su libre albedrío sin condicionamientos o cuestionamientos para quedar bien ante alguien, ni en perjuicio de sus preferencias y requerimientos reales dentro de los servicios de salud sexual y salud reproductiva; pues durante el previo abordaje de las ventajas y desventajas de cada método, la elección de un método anticonceptivo es sumamente relevante, cual ejercicio del poder de decidir sobre su propia vida.

Al respecto, la mujer usuaria destaca que en la atención con la mujer proveedora de salud, respecto al hombre proveedor de salud; es donde recibe por lo general la información apropiada y detallada acerca de los mecanismos de acción de cada método anticonceptivo, las indicaciones y contraindicaciones de uso, los efectos secundarios, etc. Este conocimiento, que es proporcionado por la mujer proveedora de salud, a la vez es integrado por la propia mujer usuaria dentro de su sistema de saberes y experiencias, propias y ajenas; para realizar no solamente la aparente elección de un método anticonceptivo; sino que a través de esta elección, la mujer usuaria al exponer su cuerpo, su salud, y por tanto su vida; a los efectos de un método anticonceptivo, con conocimiento de causas y efectos; está realizando un acto de ejercicio del poder de decidir sobre su propia vida y, al mismo tiempo, sobre todos los entornos en que transcurre su vida.

De esta manera, el ejercicio del poder de decidir sobre su propia vida por parte de la mujer usuaria, involucra en forma inmediata los entornos siguientes:

1. Entorno personal. La mujer usuaria al elegir un método anticonceptivo, se fundamenta en el hecho de que sea el más conveniente para ella. Donde el acto del ejercicio del poder de decidir sobre su propia vida, fortalece y reafirma su autoestima personal al usar un método anticonceptivo que no va a alterar su contextura física, su estado emocional, su salud en general; ni va a acarrear consecuencias en su calidad de vida, e incluso poner en peligro y acabar con su propia vida.
2. Entorno de pareja. La elección de un método anticonceptivo por parte de la mujer usuaria, se constituye en un acto del ejercicio del poder de decidir sobre su propia vida a nivel de pareja, porque evidencia tener el control sobre áreas directamente relacionadas, cuales son la sexualidad y la reproducción.
3. Entorno de familia. El uso de un método anticonceptivo como la resultante de la elección de la mujer usuaria en un ejercicio de su poder de decidir sobre su propia vida familiar, evidencia el tener intervención directa sobre el tamaño de la familia que forma o va a terminar de formar, el número de hijos que decide tener, el momento en qué decide tener los hijos. De modo, que estos hijos puedan acceder a las mismas oportunidades de crecimiento y desarrollo personal, a las que muchas veces ni la propia usuaria estuvo en condiciones de acceder desde etapas tempranas de su vida; erradicando patrones de género, favoreciendo la elaboración de un proyecto de vida, transmitiendo el ejercicio del poder de decidir sobre su propia vida.
4. Entorno de comunidad. El ejercicio del poder de decidir sobre su propia vida por parte de la mujer usuaria, realizando la elección de un método anticonceptivo, conlleva a la mujer usuaria a un proceso de autoafirmación personal que transita

desde el ámbito privado cuál es su propia vida, hacia el ámbito público representado en los diferentes espacios sociales, económicos, políticos, culturales, etc. en que la mujer usuaria tiene participación. Más aún, genera en la mujer usuaria la disposición a la autonomía personal en sus diferentes actividades diarias, a tener un proceder que la conduce por lo adecuado, que la aleja de asumir compromisos y obligaciones no deseadas e innecesarias.

Al actuar de manera autónoma en el ejercicio del poder de decidir sobre su propia vida, la mujer usuaria no solamente está posicionando su conducta en no complacer a otros sin detrimento propio. Además, está haciendo uso de su agencia particular con el consiguiente aumento de su seguridad personal, que la ubica estableciendo un reordenamiento social hacia una valoración igualitaria de mujeres y hombres, así como una redistribución del poder en igualdad de condiciones en las diferentes interacciones y contextos en que interviene; contribuyendo a elevar el nivel de civilización con la formación de una sociedad más equitativa, más solidaria, más humana y más democrática.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

La mujer usuaria por su condición de mujer, se identifica con la mujer proveedora de salud a quien le atribuye los mismos conocimientos y habilidades profesionales que el hombre profesional de salud, con el agregado de que la mujer proveedora de salud no solamente posee conocimientos y prácticas profesionales; sino que a diferencia del hombre profesional de salud, posee un conocimiento y experiencia vivencial por poseer el cuerpo femenino.

El cuerpo y la vergüenza son dos elementos que dirimen la atención por el proveedor o por la proveedora de salud, porque la evaluación del cuerpo femenino está asociada a la presencia o ausencia de vergüenza ante el hombre proveedor de salud, o la mujer proveedora de salud, respectivamente; debido a que las representaciones sociales sobre el sexo de el/la proveedor/a de salud que tiene la mujer usuaria poseen una unidad subyacente, el ser mujer. Y por tanto, el vivir y el relacionarse a través del cuerpo femenino. Además, la vergüenza experimentada por las mujeres usuarias, se ve reforzada cuando son atendidas por el hombre proveedor de salud; así como por las representaciones sociales de intimidación, miedo y posesión del cuerpo femenino, asociadas al sexo masculino del proveedor de salud.

La mujer usuaria prefiere atenderse con la mujer proveedora de salud, no solamente porque su atención es coherente respecto a las representaciones sociales acerca de la proveedora que tiene la usuaria; sino que la atención por la proveedora de salud representa el acceso a una atención, donde su cuerpo es valorado en igual o mayor nivel que la propia mujer usuaria lo valora; en que solo otra mujer, más aún que es profesional, también puede comprenderlo, respetarlo; y por tanto, valorarlo como ser humano. Pues este cuerpo es el que reordena los significados y mensajes que recoge de la sociedad.

La mujer usuaria devela en el/la proveedor/a de salud, la dimensión profesional y la dimensión personal. Que a su vez le permiten identificar en la mujer proveedora de salud a la mujer, profesional y persona a la vez; que a diferencia del hombre proveedor de salud, es quien genera en la usuaria la toma de decisiones.

La decisión de la mujer usuaria, resuelve en función de la viabilidad o inviabilidad de lograr la preferencia de atención y la finalidad de atención a la vez, revelando el control total, parcial o nulo de la usuaria sobre los servicios de salud.

La deshumanización del cuerpo femenino, conlleva a la distorsión de la visualización profesional, en el caso del hombre proveedor de salud que contempla el cuerpo de la mujer cual ámbito público para ser objeto y campo de acción, del quehacer asistencial supeditado a las políticas públicas vigentes. En ese sentido, el hombre proveedor de salud realiza un proceso de objetización del cuerpo femenino, al que considera un espacio de exploración de control masculino; revelando la organización patriarcal de los servicios de salud, que excluye la toma de decisiones de la propia usuaria sobre su cuerpo, su salud y su vida.

La mujer proveedora de salud por ser mujer, es la representación y la posibilidad de vivir el cuerpo femenino fortaleciendo y empoderando el yo femenino, en las usuarias que

prefieren atenderse con mujeres profesionales de salud; porque la mujer usuaria se percibe mejor representada por la mujer proveedora de salud, pues representa la reivindicación como mujer de la usuaria, dentro de un orden sanitario patriarcal que a la vez, la valida cual profesional y le da poder siendo mujer.

La mujer usuaria expresa mayor confianza en la capacidad resolutive de la mujer proveedora de salud, por la posibilidad de que haya podido tener o poder tener experiencias semejantes por ser mujeres, adicional al conocimiento teórico y asistencial dentro de su formación profesional. Pues la mujer proveedora de salud responde más a la atención del ser humano inmerso en el/la proveedor/a de salud que demanda la mujer usuaria; ya que representa una mayor coherencia del tener y vivir el cuerpo femenino, con el conocimiento y experiencia adquiridos del cuerpo femenino por formación y ejercicio profesionales, a diferencia del hombre proveedor de salud.

La atención del hombre proveedor de salud, representa la ausencia de solvencia experiencial por su condición masculina para la mujer usuaria, lo que le inhabilita para acreditar un conocimiento de cuerpo y de hecho respecto a su formación y ejercicio profesionales, que fortalece la preferencia de atención de la usuaria por la mujer proveedora de salud. Y además, la disparidad en la asignación del poder entre el hombre proveedor de salud y la mujer usuaria, limita la participación de la usuaria en su propio proceso de salud: No solamente porque puede situar la integridad física y emocional de la usuaria en riesgo directo, sino que puede afectar la elaboración de un diagnóstico y un tratamiento pertinentes y oportunos, dentro de la finalidad de atención de la usuaria.

La atención por la mujer proveedora de salud representa para la mujer usuaria el generar, incentivar y afirmar la agencia femenina ante un entorno patriarcal. Pues evidencia en la interacción usuaria y proveedora de salud una atención con equidad de poder y mutua responsabilidad. Y porque dentro de sus experiencias de vida, el acceder a su atención, va más allá de representar para la usuaria el lograr la finalidad de la atención así como la preferencia de atención; sino que constituye, el empoderamiento en la toma de decisiones.

RECOMENDACIONES

Establecimiento de un modelo de atención en salud basado en las representaciones sociales de la mujer usuaria acerca de el/la hombre/mujer proveedor/a de salud, sobre todo en los servicios de salud sexual y salud reproductiva, que conlleve a brindar la preferencia de atención al igual que la finalidad de la atención de la usuaria; garantizando la calidad, calidez, afecto y la satisfacción de su atención, en su condición de sujeto de derecho y ciudadana.

Mayor disponibilidad de mujeres profesionales de salud, calificadas en la atención de la salud sexual y la salud reproductiva, en los establecimientos de salud; para que el sistema de servicios de salud, pueda responder en forma adecuada y proporcional a las demandas y requerimientos de atención en salud sexual y salud reproductiva de las usuarias; contribuyendo a incrementar tanto las coberturas de atención como las concentraciones de atención que evidencien el real y efectivo, acceso y uso de los servicios públicos de salud; así como a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales en el marco de los objetivos del milenio y de las vigentes políticas públicas de desarrollo.

Implementación en el sistema de servicios de salud a nivel de sus redes, micro redes y establecimientos de salud, de la atención humanizada por profesionales mujeres de salud calificadas en la atención de salud sexual y salud reproductiva, que por su condición de género y formación académica profesional pueden ofrecer a la vez solvencia profesional y solvencia vivencial, respecto a los hombres proveedores de salud; que reconfiguren la relación entre el/la proveedor/a de salud y la usuaria hacia la aceptación, la promoción y la aplicación del ejercicio de las decisiones de la usuaria sobre su salud, su cuerpo, su vida.

Atención con perspectiva de derechos humanos en los servicios de salud, más aún en los servicios de salud sexual y salud reproductiva, fundamentada en la identificación del cuerpo femenino como el ámbito privado de toda mujer; que por tanto, se constituye en sujeto de derecho, por su condición de ciudadana.

Promover, aplicar y supervisar en el ejercicio profesional actual, sobre todo de los hombres proveedores de salud, la incorporación de la perspectiva del cuerpo femenino como sujeto de derecho. Que involucre acciones punibles e imputables por la aplicación de mala praxis, que atentan contra la dignidad de la mujer.

Gestión, planificación y habilitación de servicios de salud, con incorporación de la perspectiva del cuerpo femenino como sujeto de derecho, que demuestren mayor participación de profesionales mujeres de salud calificadas en la atención de la salud sexual y salud reproductiva; pues la mujer proveedora de salud responde a la vez, a la demanda tanto de la preferencia de atención, como de la finalidad de atención, de la mujer usuaria.

Construcción y reporte de indicadores de desempeño profesional y de desempeño del personal de salud, en relación a la incorporación y aplicación de la perspectiva del cuerpo femenino como sujeto de derecho, en la atención diaria; cual componente transversal ineludible, dentro de lo que se denomina calidad de atención en el sistema de servicios de salud.

Inclusión de la perspectiva del cuerpo femenino como sujeto de derecho, en el plan de estudios de formación académico profesional de las diferentes universidades públicas y particulares con carreras profesionales de salud.

Atención humanizada y calidad de atención en salud, basadas en la perspectiva de la usuaria en relación al ejercicio libre de su preferencia de atención a la vez que su finalidad de atención, por su condición de mujer y ciudadana con plenos derechos.

Revisión y redistribución de los tiempos de atención para la consulta externa fundamentada en el fortalecimiento de la relación proveedor/a-usuaria y las representaciones sociales de la usuaria en relación al sexo de el/la proveedor/a de salud en salud general, salud sexual y salud reproductiva; que garanticen la satisfacción de la usuaria tanto en la preferencia de atención así como en la finalidad de la atención como elementos adicionales de la calidad de atención.

BIBLIOGRAFÍA

Acsadi, G.; Jonson – Acsadi, G. y Vlassoff, M.: *La maternidad sin riesgos en América Latina y el Caribe: Aspectos socio-culturales y demográficos de la salud materna*, Nueva York, FCI, 1993.

Alfonso Pérez, I.: La Teoría de las Representaciones Sociales.
(http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml)

Anderson, J.: *Tendiendo Puentes*, Lima, Manuela Ramos, 2001.

Alva, J. y Vargas L.: *Piensa en ell@s: Iniciativas para desarrollar servicios de calidad en la Atención de Salud de l@s jóvenes*, Lima, Flora Tristán, 2000.

Aramburú, Carlos E.: Idas y vueltas: Los programas de planificación familiar en el Perú. En *Revista Latinoamericana de Población* [en línea] 2014, Enero-Junio 81 - 103: [Fecha de consulta: 14 de mayo de 2016] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323832454004>> ISSN

Arias, R. y Aramburú C.: *Uno empieza a alucinar... Percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a los Servicios de Salud: Lima, Cusco e Iquitos*, Lima, Redes Jóvenes, 1999.

Ávila Fuenmayor, F.: El concepto de poder en Michel Foucault. En: *Redalyc.Telos*, vol. 8, núm. 2, mayo-agosto, 2006, pp. 215-234 Universidad Privada Dr. Rafael Belloso Chacín Maracaibo, Venezuela. (<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99318557005>)

Blondet C. y Oliart P. Las mujeres y el género. Lima, Perú. 2017.
(http://www.academia.edu/8023021/Las_mujeres_y_el_g%C3%A9nero)

Bourdieu P: *Capital cultural, escuela y espacio social*. Argentina 2005. Siglo XXI Editores

Bueno, O.: “Mesa Redonda: Acción Intersectorial por la Salud”, en: Congreso Nacional: Salud de l@s Adolescentes. Inversión Social para cerrar Brechas de Inequidad. Lima. Junio 17 al 19, 2002.

Butler, J.: “Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Witting y Foucault”, en: Lamas, M., comp.: *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997. Ciencias Sociales, Estudios de Género.

Cárdenas, L.: “Las tendencias de los modelos mentales de familia en el Perú y en los sectores populares urbanos”. pp. 35 – 36. En: *Familia y Cambio Social*. Lima. CECOSAM. 1999.

CMP Flora Tristán “Marco conceptual del enfoque de género”, en: *Apuntes sobre el enfoque de género*. Lima 2000.

CONSORCIO MUJER.: *Calidad de atención en la salud reproductiva: Una mirada desde la ciudadanía femenina*, Lima, Manuela Ramos 1998.

Cordero F., M.: *Más allá de la intimidad: Cinco estudios en sexualidad, salud sexual y reproductiva*. Lima, PUCP. 1996.

Cortés P., S.: “El cuidado como objetivo político-social, una nueva mirada desde la ética del cuidado” en Panel 6: Apoyos privados y públicos para la crianza saludable y para la atención idónea a las situaciones de dependencia. III Congreso anual de la Reps. España, Universidad pública de Navarra, 2010.
(http://www.unavarra.es/digitalAssets/158/158837_6_p-CortesPerez_eticaDelCuidado.pdf)

COTIDIANO MUJER. *¿Quién más que las mujeres para decir cuáles son nuestras necesidades?*. Montevideo, Uruguay. 1997.

Checa, S.: “La salud reproductiva en la perspectiva de los profesionales de la salud”, en *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: Propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*. Foro por los Derechos Reproductivos, Buenos Aires, 1998.

Comisión Permanente del Congreso de la República. Ley 28687. Ley de desarrollo y complementaria de formalización de la propiedad informal, Acceso al suelo y dotación de servicios básicos. 2006
www.vivienda.gob.pe/dnc/archivos/valuaciones/normas_interes/LEY%2028687.pdf

Corona V. E.: El papel de la salud sexual en el bienestar comunitario. Conceptos, valores e intervenciones. pp. 64-65. Lima. CECOSAM. 1999.

Davies, G.: “Servicios alternativos de salud reproductiva y calidad de atención: Una experiencia del CMP Flora Tristán”, en *Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva con enfoque de género*. OPS, Washington DC, 1996.

DEBATE FEMINISTA. *Cuerpo y Política*. Año 5, Vol. 10. Sept. 1994.

De León, V.: Mujeres y salud. Una metodología para su estudio. 2002.
(<http://www.cholonautas.edu.pe/desarrollo.htm/>).

Díaz, S.: “Chile: Labor con una perspectiva de género”, en *Creando espacios comunes en América Latina: Perspectivas de las mujeres en materia de salud reproductiva*, HRP/OMS, Santo Domingo, 1995.

ESNSSR: *Norma técnica de planificación familiar 2005*. Estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. Dirección general de salud de las personas. MINSA, Lima 2005. Perú.

Family Care International: *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos*, Nueva York, FCI, 1995.

FAO El enfoque de género. 2018.
(<http://www.fao.org/docrep/004/X2919S/x2919s04.htm>)

Fascio, A.: Cuando el género suena, cambios trae. 2000. (<http://www.fiscalia.gub.uy/innovaportal/file/2477/1/libro.pdf>)

Fascioli, A.: “Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Carol Gilligan”, en *Revista ACTIO N° 12 – diciembre 2010*.
(<http://actio.fhuce.edu.uy/Textos/12/Fascioli12.pdf>).

Ferrando, D.; El aborto clandestino en el Perú. 2006.
(<http://www.inppares.org/sites/default/files/Aborto%20clandestino%20Peru.pdf>)

FNUAP/UNFPA: Estado de la Población Mundial. Vivir Juntos en Mundos Separados: Hombres y Mujeres en Tiempos de Cambio. 2000.
(https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp2000_esp.pdf)

Gilligan, C.: Desarrollo moral: La teoría de Carol Gilligan.
(http://ficus.pntic.mec.es/~cprf0002/nos_hace/desarrol4.html)

Guttmacher Institute/UNFPA: Resumen ejecutivo. Haciendo cuentas. Costos y beneficios de invertir en planificación familiar y en salud materna y neonatal.
(<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/summaries/AIU-Summary-Spanish.pdf>)

Guttmacher Institute /UNFPA: Costs and Benefits of Investing in Contraceptive Services in the Developing World. Junio, 2012.
(<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/FB-Costs-Benefits-Contraceptives.pdf>)

Guttmacher Institute/UNFPA: Adding It Up. The costs and benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. 2009. (https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/AddingItUp2009.pdf)

Guzmán, V. y Portocarrero P.: *Construyendo diferencias*. Lima, Flora Tristán, 1992.

Guezmes, A. y Vargas L.: *Un acto común por construir: Calidad de atención en los servicios de salud reproductiva*, Lima, Flora Tristán, 1998.

Guezmes, A.: *Calidad de atención en los servicios de salud reproductiva*. San Juan de Lurigancho, Lima, UNFPA, 1997.

Hernández, M. *Ejemplo de Planteamiento de Problema*. Junio 29, 2013.
(<http://metodologiadeinvestigacionmarisol.blogspot.pe/2013/06/ejemplo-de-planteamiento-del-problema.html>)

INAMU: *La perspectiva de género en la salud reproductiva*, Méjico. MINSA, 1998.

Lacolla, L.: "Representaciones sociales: Una manera de entender las ideas de nuestros alumnos", en: *Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa (en línea)*. Vol. 1 No. 3. Julio – Diciembre 2005.
(<http://creativocommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/>)

Mannarelli, M.: "Tensiones en el ejercicio de los derechos de la infancia: Un enfoque de género" pp.- 9-11. En: *Relaciones con condiciones: El Estado Peruano frente a su infancia*. Lima. Niños del Milenio. 2007.

MINSA. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar 2016.
(<https://drive.google.com/file/d/0B94MLFRYAYmhVWowaENnbm1mSGs/view>)

MINSA. Unidad de estadística e informática del centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo Bajo. Red de salud Túpac Amaru. Independencia 2015.

MINSA. *Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva, 2004*. (http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf)

MINSA. *Norma Técnica. Categorías de establecimientos del sector salud*. Dirección general de salud de las personas. 2004.
(http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/WEB_DI/NORMAS/NT-0021-DOCUMENTO%20OFICIAL%20CATEGORIZACION.pdf)

MINSA. *Perú: Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. 1996-2000*. Lima. Enero 1996.

MINSA. *Perú: Normas del Programa de Planificación Familiar*. Lima 1999.

Moscovici, S: “La Representación Social: Un Concepto perdido”, en: *Taller Interactivo: Prácticas y Representaciones de la Nación, Estado y Ciudadanía en el Perú. Módulo: Aproximaciones teóricas, nociones de prácticas y representaciones*, IEP. Lima, Mayo 2002. (<http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/tallmosc.pdf>)

Movimientos de Género. ¿Qué es el empoderamiento? Abril 03, 2012.
(<http://www.movimientosdegenero.com/articulos/que-es-elempoderamiento>)

Municipalidad de Independencia. *Plan de Desarrollo Local Concertado Actualizado del Distrito de Independencia al 2021*
(http://www.imp.gob.pe/images/IMP%20%20PLANES%20DE%20DESARROLLO%20MUNICIPAL/independencia_plan_de_desarrollo_local_concertado_2011-2021.pdf)

Municipalidad de Independencia. Portal de Transparencia 2015
(<http://www.muniindependencia.gob.pe/distrito.php?sec=4>)

Municipalidad de Independencia. Portal de Transparencia 2015
(<http://www.muniindependencia.gob.pe/distrito.php?sec=2>)

Nussbaum, M. *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. España. Paidós. 2012.

Oliart, P.: “Candadito de oro fino, llavecita filigrana.... Dominación social y autoestima en las clases populares”, en: *Seminario de estudio. feminidad y masculinidad: Construcciones histórico-culturales*, IEP, Lima, 1994.

OMS: “Tablas de Información Contraceptiva”, en: *Documentación del grupo de revisión bibliográfica. Capítulo 4. Sociedad Española de Contracepción* 2004.
(<http://www.ics.gencat.cat/3clics/guies/101/img/sec.pdf>)

ONU. *Programa de acción de la IV conferencia internacional de la organización de las naciones unidas sobre población y desarrollo*. El Cairo 1994

ONU. *IV Conferencia mundial sobre la mujer*. Beijing, 1995.

OPS.: *Género, mujer y salud en las Américas*. Montevideo, OPS, 1993.

OPS: *Metodología de la Investigación*, 1994.

Ortner, S. y Whitehead, H.: “Indagaciones acerca de los significados sexuales”, en: Lamas. M., comp.: *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997. Ciencias Sociales, Estudios de Género.

Pantelides, E. y Both, S.: *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*, Lima, OMS, 2001.

PNUD: Ocho objetivos para el 2015. El PNUD en el Perú. 2015. (<http://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/post-2015/mdgoverview.html>)

Partido aprista peruano: *Plan de gobierno 2006-2011. Resumen ejecutivo*. ([http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/Comisiones/2009/comvirahaya.nsf/3D7A3BA8901F33FF0525783A00706D87/\\$FILE/plan_de_gobierno_partido_aprista_peruano_\(pacto_e_tico_electoral\).pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/Comisiones/2009/comvirahaya.nsf/3D7A3BA8901F33FF0525783A00706D87/$FILE/plan_de_gobierno_partido_aprista_peruano_(pacto_e_tico_electoral).pdf))

Presidencia de la República: *Perú: Informe Nacional sobre la Implementación del Programa de Acción de El Cairo*. Lima. Enero, 1999.

PROMSEX. *El derecho a la planificación familiar: Una agenda inconclusa en el Perú*. 2010

Pulido, C. e Hidalgo, C.: "Aproximación al concepto de representación social", en: *Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Año III. N°5. Lima. Sept. 1999.

Quijano, A.: "¡Qué tal raza!", p. 193. En: *Familia y cambio social*. Lima. CECOSAM. 1999.

Rance, S.: *Investigación con ética: Aporte para la reflexión-acción*. CIEPP. Population Council. 2002.

Red de Salud Túpac Amaru. *Análisis de la situación integral de salud (ASIS) 2015*. (<http://www.minsarsta.gob.pe/pagweb/epidemiologia/asis/RD%20508%20ASIS%20RSTA%202015.pdf>)

Rivas, M.: *La entrevista a profundidad: Un abordaje en el campo de la sexualidad*. 1996.

Rodó, A.: "El Cuerpo Ausente", en *Debate Feminista*. Año 5. Vol. 10. Septiembre 1994.

Rousseau, S.: "Las políticas de salud reproductiva en el Perú: Reformas sociales y derechos ciudadanos", en *Revista de Estudios Feministas*, Vol. 15 N° 02. Florianópolis Mayo/Agosto 2007. (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2007000200003)

Ruiz-Bravo, Patricia: *Detrás de la Puerta: Hombres y Mujeres en el Perú de Hoy*. PUCP. 1996.

Saavedra, C. y Planas, M.: "Signos, significados y acciones relacionados a la experiencia de la depresión en la comunidad de Tahuantinsuyo Bajo, Distrito de Independencia, Lima", Tesis de Maestría en Antropología, Lima, Instituto Nacional de Salud Mental, 1996.

Scribano, A.: *El proceso de investigación social cualitativa*. p.33. Argentina. Prometeo Libros. 2008.

Smith, E.: "Las circunstancias de la vida influyen en las decisiones", "Al hablar de la sexualidad se promueve la salud sexual", "Capacitación de los Proveedores para hablar acerca del sexo", en: *Network en español. FamilyHeath International. Volumen 21, Número 4, 2002*.

Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia del Tribunal Constitucional Exp. N° 00010-2006-PI/TC Lima. Colegio Médico del Perú. Enero 22, 2007.
(<http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2007/00010-2006-AI.pdf>)

Unidad de Post Grado. Facultad de Medicina Humana UNMSM. Segunda especialización en medicina humana. Programa de residentado médico 2016.
(<http://upg.medicina.unmsm.edu.pe/index.php/estudios/segunda-especialidad/segunda-especialidad-en-medicina>) (Consultado el 20/05/2016)

UNFPA Perú. *Cooperación Internacional. Programa de Acción: Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. 2011.*
(<http://www.unfpa.org.pe/cipd/programa/coopinternacional.htm>)

Valverde, R.: "Percepciones y comportamientos frente a la usuaria adolescente", en: Cordero Frisancho (comp.) *Más allá de la intimidad: Cinco estudios en Sexualidad, Salud Sexual y Reproductiva*, Lima, PUCP, 1996.

Vásquez del Águila, E.: *Módulo de Materiales Didácticos sobre las Principales Técnicas Cualitativas. 2001.*

Velasco, G.: *Prácticas y creencias de la mujer respecto a su cuerpo y salud*. Cali, CAMI, 1993.

UNESCO: *La educación y la dinámica de la población: Movilizar las mentes para un futuro sostenible*. Paris, ONU, 1999.

Yon, C.: *Preferencias Reproductivas y Anticoncepción. Hablan las Mujeres Andinas*, Lima, Manuela Ramos, 2000.

